

## Régime général tableau 76

Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Date de création : Décret du 22/06/1984 | Dernière mise à jour : Décret du 04/11/2015

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A. - Infections dues aux staphylocoques Manifestations cliniques de staphylococcie : - septicémie ; - atteinte viscérale ; - panaris, avec mise en évidence du germe et typage du staphylocoque.	10 jours	Tous travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de staphylocoques.
B. - Infections dues aux <i>pseudomonas aeruginosa</i> - septicémie ; - localisations viscérales, cutanéomuqueuses et oculaires, avec mise en évidence du germe et typage du <i>pseudomonas aeruginosa</i> .	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de <i>pseudomonas aeruginosa</i> .
C. - Infections dues aux entérobactéries Septicémie confirmée par hémoculture.	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir d'entérobactéries.
D. - Infections dues aux pneumocoques Manifestations cliniques de pneumococcie : - pneumonie ; - broncho-pneumonie ; - septicémie ; - méningite purulente, confirmées par isolement bactériologique du germe ou par les résultats positifs d'une recherche des antigènes solubles.	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de pneumocoques.
E. - Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques Manifestations cliniques de streptococcie :		Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de streptocoques bêta-hémolytiques.
- otite compliquée ;	15 jours	
- érysipèle ;	15 jours	
- broncho-pneumonie ;	15 jours	
- endocardite ;	60 jours	
- glomérulonéphrite aiguë,	30 jours	
confirmées par mise en évidence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.		
F. - Infections dues aux méningocoques - méningite ; - conjonctivite, confirmées par mise en évidence de <i>Neisseria meningitidis</i> .	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de méningocoques.
G. - Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B confirmées par une hémoculture mettant en évidence la salmonelle en cause et par le	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de salmonelles.

confirmées par une hémoculture mettant en évidence la salmonelle en cause et par le sérodiagnostic de Widal		mettant au contact d'un réservoir de salmonelles.
H. - Dysenterie bacillaire confirmée par la mise en évidence de shigelles dans la coproculture et par la séroconversion.	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de shigelles.
I. - Choléra confirmé bactériologiquement par la coproculture.	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de vibrions cholériques.
J. - Fièvres hémorragiques (Lassa, Ebola, Marburg, Congo-Crimée) confirmées par la mise en évidence du virus et/ou la présence d'anticorps spécifiques à taux significatif.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, les autres personnels du service d'hospitalisation et le personnel de laboratoire de virologie mettant au contact des virus.
K. - Infections dues aux gonocoques Manifestations cliniques : - gonococcie cutanée ; - complications articulaires, confirmées par isolement bactériologique du germe.	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact de malades infectés.
L. - Syphilis Tréponématose primaire cutanée confirmée par la mise en évidence du tréponème et par la sérologie.	10 semaines	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact de malades infectés.
M. - Infections à <i>Herpes virus varicellae</i> Varicelle et ses complications : - complications de la phase aiguë : septicémie, encéphalite, neuropathie périphérique, purpura thrombopénique, pneumopathie spécifique, varicelle grave généralisée ; - complications dues à l'infection chronique par le virus : zona et ses manifestations cutanée, auriculaire, ophtalmique, méningée, neurologique périphérique, algies post-zostériennes chez une personne ayant été atteinte antérieurement d'une varicelle.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, personnel de service, d'entretien ou de services sociaux, mettant en contact avec des malades présentant une varicelle ou un zona.
N - Gale Parasitose à <i>Sarcoptes Scabiei</i> avec prurit et éventuellement surinfection des atteintes cutanées dues au parasite. En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant en contact direct avec des porteurs de cette scabiose.

**Historique (Mai 2017)**
**Décret 84-492 du 22/06/1984. JO du 26/06/1984**
**Maladies infectieuses contractées en milieu d'hospitalisation**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Titre -désignation des maladies		<b>Liste limitative</b> des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
A- infections staphylococciques : Septicémie, Atteinte viscérale, Panaris	10 jours	Tous travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de staphylocoques
B- infections dues aux <i>Pseudomonas aeruginosa</i> : septicémie, localisations viscérales, cutanéomuqueuses et oculaires	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
C- infections dues aux entérobactéries : Septicémies confirmées par hémoculture	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir d'entérobactéries
D- infections à pneumocoques : Pneumonie Broncho-pneumonie Septicémie Méningite purulente	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de pneumocoques
E- infections streptococciques : Otites compliquées, Erysipèle, Broncho-pneumonies, Endocardite, Glomérulonéphrite aiguë	15 jours 15 jours 15 jours 60 jours 30 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de streptocoques bêta-hémolytiques
F- infections à méningocoques : Méningite, Conjonctivite	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de méningocoques
G-Fièvres typhoïde et paratyphoïdes	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact d'un réservoir de <i>Salmonella</i>
H- Dysenterie bacillaire	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien et de service, mettant au contact d'un réservoir de <i>Shigella</i>
I-Choléra	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien et de service, mettant en contact avec un réservoir de vibrions cholériques
J- fièvre de Lassa	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, les autres personnels du service d'hospitalisation et le personnel de laboratoire de virologie, mettant au contact de l'Arénavirus
K-Gonococcie cutanée	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact de malades infectés
L-Syphilis	10 semaines	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact de malades infectés

M- Tuberculose pleurale ; Tuberculose pulmonaire	6 mois 6 mois	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien, mettant au contact de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs
---	------------------	---

**Décret 92-1348 du 23/12/1992.J.O. du 24/12/1992**
**Changement de titre : Maladies liées à des agents infectieux contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Modifications de la liste		Titre – sans changement Liste légèrement modifiée (ajout des services sociaux)
A- infections dues aux staphylocoques : (liste de ces infections)	10 jours	Tous travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de staphylocoques
B- infections dues aux <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (liste de ces infections)	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
C- infections dues aux entérobactéries : Septicémies confirmées par hémoculture	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir d'entérobactéries
D- infections dues aux pneumocoques : (liste de ces infections)	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de pneumocoques
E- infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques Manifestations cliniques de streptococcie :		Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de streptocoques bêta-hémolytiques
Otitis compliquées, Erysipèle, Broncho-pneumonie, Endocardite, Glomérulonéphrite aiguë	15 jours 15 jours 15 jours 60 jours 30 jour	
F- infections dues aux méningocoques : (liste de ces infections)	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de méningocoques
G-Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de salmonelles
H- Dysenterie bacillaire : (caractéristiques)	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux, mettant au contact d'un réservoir de shigelles
I-Choléra : (caractéristiques)	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact avec un réservoir de vibrions cholériques
J- fièvres hémorragiques (Lassa, Ebola, Marburg, Congo-Crimée) : (caractéristiques)	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, les autres personnels du service d'hospitalisation et le personnel de laboratoire de virologie, mettant au contact des virus
	10 jours	

K- Infections dues aux gonocoques cutanée : (caractéristiques)		Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact de malades infectés
L-Syphilis : (caractéristiques)	10 semaines	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien de service ou de services sociaux, mettant au contact de malades infectés
Suppression du point M relatif aux tuberculoses pleurale et pulmonaire		

**Décret 99-95 du 15/02/1999 J.O. du 16/02/1999**
**Changement de titre : Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Liste complétée par les points M et N suivants :		
M - infections à Herpès virus varicellae (indications concernant la varicelle et ses complications)	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de service, d'entretien ou de services sociaux, mettant en contact avec des malades présentant une varicelle ou un zona
N- Gale (caractéristiques)	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien de service ou de services sociaux, mettant en contact direct avec des porteurs de cette scabiose

**Décret 2015-1419 du 04/11/2015 J.O. du 06/11/2015**
**Changement de titre : Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
sans changement	sans changement	sans changement

## Données statistiques (Janvier 2016)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1991	51	14 559 675
1992	30	14 440 402
1993	16	14 139 929
1994	22	14 278 686
1995	15	14 499 318
1996	8	14 473 759
1997	13	14 504 119
1998	17	15 162 106
1999	66	15 803 680
2000	50	16 868 914
2001	60	17 233 914
2002	75	17 673 670
2003	115	17 632 798
2004	135	17 523 982
2005	105	17 878 256
2006	111	17 786 989
2007	164	18 263 645
2008 *	98	18 866 048
2009	84	18 458 838
2010	73	18 641 613
2011	89	18 834 575
2012	136	18 632 122
2013	107	18 644 604
2014	139	18 604 198

\* Jusqu'en 2007 les chiffres indiqués sont ceux correspondant au nombre de maladies professionnelles reconnues dans l'année indépendamment de tout aspect financier. A partir de 2008, les chiffres indiqués correspondent aux maladies professionnelles reconnues et ayant entraîné un premier versement financier de la part de la Sécurité sociale (soit indemnités journalières soit premier versement de la rente ou du capital).

## Nuisance (Décembre 2010)

## Dénomination et champ couvert

**Infections dues aux staphylocoques (76 A)**

Les staphylocoques sont des cocci gram positif, non capsulés, très résistants dans le milieu extérieur et peu exigeants en culture. On distingue les staphylocoques à coagulase positive ou staphylocoques dorés et les staphylocoques à coagulase négative ou staphylocoques blancs. *Staphylococcus aureus* est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Infections dues aux pseudomonas aeruginosa (76 B)**

*Pseudomonas aeruginosa* est une bactérie à gram négatif, aérobie stricte, de croissance rapide, poussant très facilement dans les milieux usuels, très résistante aux agents physiques et chimiques. Elle est classée dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Infections dues aux entérobactéries (76 C)**

Les entérobactéries sont des bacilles à gram négatif aéro-anaérobies facultatifs, hôtes habituels du tube digestif : *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp, notamment *K. pneumoniae*, *Enterobacter* sp, *Serratia*, notamment *Serratia marcescens*, *Proteus* indol + ou indol -, *Citrobacter* sp. *Salmonella* et *Shigella* sont plus rares et ne font pas partie de la flore digestive normale. Les phénotypes de résistance de ces bactéries aux antibiotiques sont très variés et dépendent de la pression de sélection exercée par les antibiotiques dans le tube digestif. La multi résistance est source de difficultés thérapeutiques. La sensibilité de ces germes aux antiseptiques est habituellement bonne. Ces agents sont classés soit dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes soit dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes selon leur pathogénicité.

**Infections dues aux pneumocoques (76 D)**

*Streptococcus pneumoniae*, couramment appelé pneumocoque, est un diplocoque à gram positif encapsulé. Sa capsule polysaccharidique est responsable de sa virulence. Il en existe 84 sérotypes. Les pneumocoques ont acquis récemment une certaine résistance aux antibiotiques et particulièrement aux pénicillines et aux macrolides (PSDP = pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline), ce qui a engendré une modification des schémas thérapeutiques.

*Streptococcus pneumoniae* est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Infections dues aux streptocoques bêta hémolytiques du groupe A (76 E)**

*Streptococcus de groupe A* est un coque à gram positif qui appartient au genre *streptococcus- enterococcus* dont la classification de Lancefield est basée sur l'identification du polysaccharide C. Les streptocoques A sont les plus virulents. Les streptocoques élaborent des substances dans le milieu extra-cellulaire : hémolysines (dont les streptolysines S et O), streptodornases, streptokinases, hyaluronidases, protéinases, qui jouent un rôle dans la pathogénie des infections. Les streptocoques A restent constamment très sensibles à la pénicilline. Ils sont classés dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Infections dues aux méningocoques (76 F)**

*Neisseria meningitidis* est une bactérie de type diplocoque à Gram négatif aérobie dont 9 sérogroupes sont identifiés selon l'analyse du polysaccharide de capsule : A, B (75 % en France), C, D, X, Y, Z, W135 et 29E. Les 3 sérogroupes A, B et C sont responsables de plus de 90 % des infections.

*Neisseria meningitidis* est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B (76 G)**

*Salmonella typhi* (bacille d'EBERTH), *paratyphi A* ou *paratyphi B* à point de départ lymphatique mésentérique sont des bactéries facultativement intracellulaires ; ce sont des entérobactéries à gram négatif munis de flagelles et dont la paroi contient une endotoxine responsable d'une partie des symptômes.

*Salmonella typhi* est classée dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes, *Salmonella paratyphi A* ou *B* sont classées dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Dysentérie bacillaire (76 H)**

Les *shigella* sont des entérobactéries, bacilles à gram négatif, dont il existe 4 espèces, à l'origine de syndromes dysentériques. L'homme est le seul réservoir du germe au niveau de son tube digestif. Les shigelles sont pathogènes pour l'homme par l'intermédiaire de plasmides et d'une toxine, la shiga-toxine. Elles sont classées dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes sauf *Shigella dysenteriae* (type 1) qui est classée dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

**Choléra (76 I)**

Les agents responsables du choléra, *Vibrio cholerae* type classique et *vibrio cholerae* type El Tor, sont des bacilles Gram négatif, aéro-anaérobies.

Ces bacilles sont sensibles au rayonnement ultra-violet, à l'acidité, la dessiccation, les températures trop basses ou trop élevées. En revanche, *V. cholerae* a une survie prolongée dans les eaux salées où il peut persister plus de 15 jours. Ils sont classés dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

**Fièvres hémorragiques (76 J)**

Les fièvres hémorragiques virales sont dues à différents virus non apparentés : Ebola, Marburg, Lassa, Congo-Crimée. Les virus d'Ebola et de Marburg sont des Filovirus. Le virus de la fièvre de Lassa est un Arenavirus, tandis que le virus de Congo-Crimée est un Nairovirus. Ils sont classés soit dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes, soit dans le groupe 4 des agents biologiques pathogènes.

**Infections dues aux gonocoques (76 K)**

*Neisseria gonorrhoeae* est un diplocoque à gram négatif, aérobic, responsable d'urétrites, de cervicites et de manifestations extra-génitales par diffusion septicémique du germe. C'est une bactérie fragile qui possède une capsule polysaccharidique qui permet de classer en différents sérogroupes. Elle est classée dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

### Syphilis (76 L)

*Treponema pallidum*, agent de la syphilis, fait partie des spirochètes, famille de bactéries mobiles de forme hélicoïdale avec des flagelles et un corps bactérien souple possédant une mobilité par translation, rotation et flexion. Les tréponèmes ne peuvent être cultivés.

Il est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

### Infections à Herpes virus varicellae (76 M)

Le virus responsable de la varicelle et du zona est un herpes virus appartenant à la sous-famille de alphaherpès virinae. C'est un virus à ADN. Il possède une enveloppe. C'est un virus fragile produisant un effet cytopathogène spécifique. Comme tous les virus du groupe herpes, c'est un virus qui, après la primo infection, persiste de façon définitive dans l'organisme infecté. Cette persistance s'effectue dans les ganglions sensitifs des nerfs crâniens et rachidiens. Les récurrences se produisent à partir des gîtes et sont plus fréquentes en cas de déficit de l'immunité cellulaire.

Ce virus est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

### Gale (76 N)

*Sarcoptes scabiei* est un arthropode de la classe des acariens responsable de la gale. Chez l'homme, *Sarcoptes scabiei hominis* sous forme adulte et larvaire est en cause. Beaucoup plus rarement, des sarcoptes animaux peuvent être en cause dans des gales localisées ou bénignes. La femelle du sarcopte creuse un tunnel dans la couche cornée de la peau et y pond ses œufs. La salive, qui détruit les tissus de la peau, est à l'origine d'une réaction urticarienne très prurigineuse.

## Mode de contamination

### Infections dues aux staphylocoques (76 A)

L'homme est le principal réservoir du staphylocoque, qu'il soit malade ou pas. La bactérie colonise les fosses nasales, la peau, l'intestin et en particulier le périnée et les aisselles. La transmission est directe par contact interhumain et beaucoup plus rarement indirecte par les objets. En milieu hospitalier, la transmission est surtout manuportée par le personnel soignant. Les staphylocoques dorés résistants à la méthicilline ont diffusé sur un mode épidémique dans les hôpitaux français et sont en cause dans beaucoup d'infections nosocomiales. La porte d'entrée des staphylocoques est le plus souvent la peau, à la faveur d'une plaie même minime, d'une excoriation, d'un point de pénétration d'un cathéter. Les foyers muqueux sont plus rarement en cause.

### Infections dues aux pseudomonas aeruginosa (76 B)

C'est une bactérie de l'environnement, saprophyte du sol, des végétaux, persistant dans les zones humides et chaudes. Elle contamine très facilement l'eau et les conduits hydriques. Elle se comporte comme un agent infectieux opportuniste, colonisant facilement la peau et les muqueuses. Elle peut proliférer et se développer en cas de défaillance des propriétés barrières de la peau et en cas de déficit de l'immunité locale ou générale. Lorsque la flore bactérienne normalement présente est diminuée ou déséquilibrée, cela facilite l'implantation de *Pseudomonas aeruginosa* qui, sinon, est rejeté par les autres espèces bactériennes.

### Infections dues aux entérobactéries (76 C)

Ces bactéries qui vivent dans le tube digestif des individus sains peuvent coloniser des lésions préexistantes : plaie chronique, tissu, cavité... Elles sont responsables d'infections urinaires. Elles peuvent être responsables de bactériémies ou septicémies par inoculation à partir d'un site infecté d'un patient à travers la peau d'un soignant ou par l'intermédiaire d'une lésion cutanée préexistante.

### Infections dues aux pneumocoques (76 D)

Le réservoir est purement humain. Le pneumocoque est commensal des voies aériennes supérieures et le sujet malade développe habituellement une infection à partir d'une bactérie endogène. La transmission se fait par voie respiratoire par les gouttelettes de salive.

Les infections à pneumocoques sont particulièrement fréquentes, à l'origine de 1,5 % des admissions et de 8 % des décès hospitaliers. On estime en France le nombre de pneumonies à pneumocoques à 125 000 par an dont le taux de létalité est élevé (10 à 60 %).

### Infections dues aux streptocoques bêta hémolytiques du groupe A (76 E)

L'homme est le réservoir naturel des streptocoques A. Le portage est essentiellement pharyngé ou plus rarement cutané. La transmission se fait surtout par voie aérienne, favorisée par le contact étroit. Le streptocoque bêta hémolytique du groupe A représente la principale cause des angines érythémato-pultacées bactériennes : 15 à 25 % des cas chez l'adulte et 25 à 50 % des cas chez l'enfant, après 3 ans. En dehors de l'angine, le streptocoque A est responsable d'un nombre croissant d'infections sévères de l'adulte : dermo-hypodermes, abcès, bactériémies fulminantes.

### Infections dues aux méningocoques (76 F)

L'habitat naturel du germe est le rhino-pharynx de l'homme. Le réservoir est uniquement humain. La transmission se fait par voie respiratoire par les gouttelettes de salive à partir d'un sujet porteur sain ou malade. Après pénétration par les voies respiratoires dans le pharynx, le germe peut diffuser par voie hémotogène et, dans 50 à 70 % des cas, disséminer rapidement vers les méninges (dans les 8 jours après la pénétration). Sinon, le sujet peut rester porteur pendant plusieurs semaines sans complication mais il peut transmettre l'agent infectieux.

### Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B

Maladie à déclaration obligatoire qui est devenue assez rare en France (environ 150 cas déclarés par an). La plupart des cas sont importés (70 %) (Afrique, Europe du Sud). Le réservoir de germes est strictement humain.

La transmission se fait par voie digestive à partir d'objets, d'aliments ou de liquides contaminés par les selles d'un sujet porteur sain ou malade.



### Dysentérie bacillaire (76 H)

L'homme est le seul réservoir du germe qui peut néanmoins survivre dans l'eau ou les aliments souillés dont l'ingestion provoque la contamination du consommateur. La transmission peut aussi se faire directement à partir d'un sujet infecté. Il suffit de quelques bactéries pour provoquer la maladie. Les shigelles s'installent dans la partie distale du tube digestif, essentiellement le colon où elles provoquent des lésions muqueuses et inflammatoires.

### Choléra (76 I)

L'homme est le principal réservoir de germes. Le vibron est excrété pendant 6 à 10 jours par le malade. Certains sujets peuvent être porteurs chroniques du vibron. Les fruits de mer, type moules ou huîtres, peuvent concentrer la bactérie et représenter un réservoir responsable de cas sporadiques. La transmission se fait par voie digestive, après contact direct interhumain ou indirect, par l'intermédiaire des aliments ou des liquides contaminés par un sujet porteur.

### Fièvres hémorragiques (76J)

Les modes de transmission exacts et le réservoir de virus ne sont pas connus pour le virus de Marburg et Ebola.

Pour le virus de Lassa, le réservoir est un rat du genre *Mastomys* qui présente une infection chronique et excrète le virus dans ses urines.

Le virus Congo-Crimée est transmis par les tiques. La transmission se fait initialement par contact direct ou indirect avec les produits biologiques provenant de l'animal contaminé. Ultérieurement, la transmission interhumaine est possible par exposition au sang et aux liquides biologiques des patients infectés.

### Infections dues aux gonocoques (76 K)

La transmission s'effectue à partir d'un sujet malade. Le contact avec les sécrétions génitales ou avec le sang d'un sujet infecté porteur de gonocoque, au niveau d'une lésion cutanée préexistante ou lors d'une piqûre ou d'un contact muqueux (accident d'exposition aux liquides biologiques) peut contaminer la personne exposée. La transmission est directe. L'agent infectieux est alors responsable de lésions au niveau de la porte d'entrée, cutanées, conjonctivales, ou d'une dissémination par voie sanguine, septicémie. En dehors du contexte professionnel, le mode de transmission est habituellement sexuel.

### Syphilis (76 L)

Le réservoir de *Treponema pallidum* est purement humain. La transmission est le plus souvent sexuelle et rarement materno-fœtale.

Exceptionnelle en milieu professionnel, la transmission peut se produire par inoculation percutanée.

### Infections à Herpes virus varicellae (VZV) (76 M).

La varicelle est très contagieuse. La transmission est strictement interhumaine à partir d'un malade, atteint de varicelle ou de zona. Elle se fait par voie respiratoire et, plus rarement, par contact avec les lésions vésiculeuses. La varicelle est la primo-infection avec le virus VZV. La contagiosité débute quelques jours avant le début de la maladie et se poursuit pendant toute la durée de l'éruption jusqu'à ce que les lésions deviennent croûteuses. Ultérieurement, le virus gagne les ganglions sensitifs par voie hématogène ou neurogène dans lesquels il persiste toute la vie. L'immunité cellulaire joue un rôle important dans cette latence.

En cas de réactivation, favorisée par l'âge ou une immunodépression (spontanée ou médicamenteuse), le virus migre le long des fibres sensitives jusqu'à la peau où il produit l'éruption vésiculeuse localisée radicaire caractéristique du zona. Il peut alors aussi se produire une phase de virémie, qui non contrôlée, peut provoquer des atteintes pulmonaires, neurologiques, septicémiques.

### Gale (76 N)

La gale est une affection très fréquente qui évolue par cycles épidémiques de 20 à 30 ans à l'échelon mondial. Il existe une recrudescence actuelle des cas depuis quelques années. L'homme est le seul réservoir. La promiscuité joue un rôle important dans la transmission qui se fait par contact cutané direct entre individus. La contagiosité est importante : un seul contact peut suffire. Le rôle joué par la literie et les vêtements est mineur par rapport au contact direct. L'incubation dure de 5 jours à 1 mois selon l'importance de l'infestation.

### Principales professions exposées et principales tâches concernées (Décembre 2010)

Sont les plus fréquemment concernées :

- Personnels de soins : médecins, infirmiers, aide-soignants, manipulateurs radio, kinésithérapeutes...
- Techniciens ou aides de laboratoires (identification et culture de germe),
- Puéricultrices, auxiliaires de puériculture,
- Personnels de la filière déchets.

Beaucoup plus rarement :

- Aide-ménagère, auxiliaire de vie,
- Personnels d'entretien des établissements de santé et assimilés : agents hospitaliers, agents d'entretien, agents de maintenance (ingénieurs bio-médicaux, plombiers...),
- Personnels des institutions d'hébergement ou de cure : à côté des personnels de soins, éducateurs spécialisés, orthophonistes, psychomotriciens...
- Pompiers, secouristes, ambulanciers, policiers.

Pour toutes les professions citées, les tâches potentiellement contaminantes sont celles qui impliquent un contact direct, rapproché avec le malade ou ses produits. Les produits en cause varient selon le mode de transmission : selles pour la typhoïde ou le choléra, expectoration pour le pneumocoque ou le méningocoque, sang pour les fièvres hémorragiques virales...

## Description clinique de la maladie indemnisable (Décembre 2010)

### I. Infections dues aux staphylocoques (76 A)

#### Définition de la maladie

La **septicémie** correspond au passage de staphylocoques dans le sang. C'est un évènement grave en raison de la fréquence des localisations secondaires. La porte d'entrée est le plus souvent cutanée mais elle peut rester inconnue dans 30 % des cas. La septicémie peut prendre l'allure d'une forme aiguë fulminante avec syndrome infectieux et choc, ou d'une forme aiguë bactériémique avec fièvre frissons, signes neurologiques et digestifs et éventuellement des manifestations cutanées érythémato-pustuleuses ou pustulo-ecchymotiques et évolution vers l'apparition de localisations secondaires (pulmonaires, osseuses, cardiaques, neurologiques) ou d'une forme subaiguë lente dont l'évolution septique peut se poursuivre pendant des mois ou années marquée par la récurrence de la localisation initiale et la succession de métastases viscérales. Dans ce dernier cas, le syndrome infectieux est habituellement bâtarde et les stigmates d'infection peuvent rester absents. Les hémocultures ne sont positives que pendant les poussées.

Les **atteintes viscérales** sont des complications des bactériémies mais peuvent paraître isolées. Elles constituent des endocardites sur valve native ou prothétiques, des ostéo-arthrites dont les localisations les plus fréquentes sont des spondylodiscites, des pneumopathies abcédées, des abcès du rein, des prostatites, des atteintes neuro-méningées, des myosites.

Le **panaris** est l'infection à staphylocoque la plus fréquente. Il s'agit d'une atteinte du tissu cellulaire sous cutané de la pulpe des doigts.

#### Diagnostic

Le diagnostic est fait sur la mise en évidence du staphylocoque dans les lésions et/ou dans les hémocultures. L'interprétation de l'isolement d'un staphylocoque dans un prélèvement est difficile en raison du caractère saprophyte du germe, notamment sur la peau. Il faut donc disposer d'au moins deux prélèvements positifs avec le même staphylocoque pour considérer sa pathogénicité. La culture se pratique sur milieu standard et milieu de Chapman complétée par la recherche de coagulase qui permet de définir le type du staphylocoque en cause. L'étude de l'antibiogramme est indispensable.

#### Evolution

Non traitée, l'évolution est grave avec le développement d'abcès dans les localisations secondaires : os, cœur, méninges, etc et le syndrome septique qui peut être foudroyant.

Malgré un traitement adapté, les séquelles peuvent être importantes : destruction valvulaire, séquelles respiratoires, compression médullaire...

#### Traitement

Il repose sur l'antibiothérapie adaptée aux données de l'antibiogramme. L'antibiothérapie sera associée en cas de septicémie, au moins au début. Sa durée dépendra de la ou des localisations de l'infection. Le choix des antibiotiques sera différent selon qu'il s'agit d'un staphylocoque sensible à la méthicilline (SDMS) ou résistant à la méthicilline (SDMR). Dans le premier cas, l'antibiothérapie reposera sur la méthicilline ou oxacilline. Dans le 2°, les glycopeptides seront en général utilisés.

#### Facteurs de risque

##### facteurs d'exposition

Contact cutané avec un patient porteur, inoculation lors d'un accident exposant au sang (AES) avec un patient septicémique (rare), accident de laboratoire.

##### facteurs individuels

Toutes ces manifestations peuvent récidiver et se répéter sur les mêmes sites constituant une véritable infirmité ; ceci est surtout observé sur certains terrains prédisposant : diabète, surmenage, défaut d'hygiène, obésité, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

### II. Infections dues aux *pseudomonas aeruginosa* (76 B)

#### Définition de la maladie

La **septicémie** correspond au passage dans le sang de *Pseudomonas aeruginosa*.

Les **manifestations viscérales, cutané-muqueuses et oculaires** surviennent sur des lésions préexistantes : infections broncho-pulmonaires sur bronchite chronique, infections urinaires sur obstacle chronique ou sur sondage chronique, méningites post chirurgicales, infections cutanées sur ulcère chronique et sur brûlures, infections oculaires après chirurgie oculaire ou en réanimation.

#### Diagnostic

Il est réalisé par la mise en évidence du germe au site de l'infection et éventuellement sur les hémocultures. Il n'existe pas de sérologie ni d'autre technique indirecte. La mise en évidence de la bactérie et sa culture est indispensable pour adapter le traitement antibiotique.

#### Evolution

Elle dépend du site de l'infection, du terrain sous-jacent, de la pathologie associée et de la sensibilité du germe aux antibiotiques. L'un des risques majeurs est la sélection de *pseudomonas* de plus en plus résistant aux antibiotiques.

#### Traitement

Les infections cutanées doivent être traitées par des soins locaux et des antiseptiques.

Les infections systémiques et viscérales (pulmonaires et urinaires) peuvent nécessiter l'utilisation d'antibiotiques par voie générale, en association, de type céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération ou pipéra-tazocilline ou carboxypénicilline ou aztréonam ou imipénem plus aminosides ou quinolones. Des traitements antibiotiques locaux par aérosols, par exemple dans les infections broncho-pulmonaires, peuvent être un appoint intéressant.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

La transmission en milieu professionnel chez des sujets immunocompétents est extrêmement peu probable.

### facteurs individuels

Modification de la flore résidente par une antibiothérapie préalable, déficit immunitaire, neutropénie.

## III Infections dues aux entérobactéries (76 C)

### Définition de la maladie

La septicémie à entérobactérie correspond au passage dans le sang de la bactérie. L'aspect clinique est marqué par la fréquence du syndrome septique (fièvre, frissons, tachycardie, hyperleucocytose à polynucléaires) et du risque de choc infectieux (marbrures, hypotension, défaillance viscérale). Les localisations secondaires sont possibles comme dans toute septicémie et peuvent revêtir une certaine gravité : endocardie, méninges, cerveau, poumons.

### Diagnostic

Il repose sur les hémocultures qui mettent facilement le germe en évidence en l'absence de traitement antibiotique. L'isolement du germe dans une hémoculture apporte la preuve de la septicémie et doit faire rechercher la porte d'entrée pour la traiter. L'identification du germe et l'antibiogramme sont indispensables.

### Evolution

Sans traitement, le risque de la bactériémie est le choc et l'apparition de localisations secondaires potentiellement graves mettant en jeu le pronostic vital.

### Traitement

Il repose sur une antibiothérapie adaptée à entreprendre le plus rapidement possible par voie parentérale, veineuse si possible. La présence de bactéries à gram négatif à l'hémoculture doit faire choisir une association comportant une céphalosporine et un aminoside ou une fluoro-quinolone et un aminoside avant d'adapter les antibiotiques en fonction des résultats de l'antibiogramme. L'éradication de la porte d'entrée et des localisations secondaires doit être obtenue, éventuellement par l'adjonction d'un geste chirurgical. En cas de choc, des mesures symptomatiques peuvent être nécessaires : remplissage vasculaire et catécholamines après mise en place d'une voie veineuse, de préférence en réanimation.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Inoculation lors d'un AES avec un patient septicémique (rare) ou à partir de cultures en laboratoire.

## IV Infections dues aux pneumocoques (76 D)

### Définition de la maladie

La **pneumonie** à pneumocoques, ou pneumonie franche lobaire aiguë, est une pneumonie systématisée avec un syndrome de condensation alvéolaire mis en évidence cliniquement et radiographiquement, associé à des signes généraux importants d'apparition brutale le plus souvent.

La **broncho-pneumonie** est plus rare et survient surtout sur un terrain particulier (rougeole, infection par le VIH, personne âgée). Elle associe une atteinte bronchique diffuse, une expectoration purulente et des signes cliniques et respiratoires diffus.

La **septicémie** correspond au passage dans le sang du pneumocoque. Sa gravité est due aux localisations secondaires.

La **méningite purulente** est de début brutal, associée à des signes neurologiques en foyer. Le liquide céphalo-rachidien (LCR) est purulent, contenant de nombreux éléments qui sont en majorité des polynucléaires altérés, une hyperprotéinorachie, une hypoglycorachie franche.

### Diagnostic

Le diagnostic d'infection à pneumocoque est possible grâce à l'isolement du germe dans le sang (hémoculture) ou un prélèvement pathologique (LCR, pus d'otite, épanchement pleural, ponction de sinus), très rarement la mise en évidence d'antigènes solubles dans le sang, le LCR ou les urines. Le plus souvent, le diagnostic est posé sur des arguments cliniques (tableau brutal, fièvre élevée...), épidémiologiques (personne âgée), biologiques sans preuve bactériologique.

### Evolution

Dans les pneumonies, la fièvre, sous traitement adapté, doit baisser dans les 48 heures. La surveillance pendant cette période doit être rigoureuse pouvant conduire à hospitaliser ou à placer en réanimation un patient initialement dénué de signes de gravité.

La létalité est de 30 % dans les méningites, de 20 % dans les pneumonies.

## Traitement

Le traitement antibiotique reste préférentiellement l'amoxicilline dans les infections respiratoires. Dans les méningites, il est préférable d'utiliser de première intention une céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération pour prendre en compte le risque de résistance. Les antibiotiques alternatifs sont la vancomycine et les quinolones de dernière génération.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Contact rapproché exposant aux sécrétions oro-pharyngées (à moins de 1 mètre) d'un patient atteint de pneumonie à pneumocoque ; inoculation à partir de cultures en laboratoire.

### facteurs individuels

Infection par le VIH, asplénie congénitale ou acquise, insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, cirrhose, alcoolisme, dysglobulinémie et immunodépressions sévères.

## V Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques (76 E)

### Définition de la maladie

**Otite compliquée** : la plupart des otites aiguës sont d'origine virale. Elles peuvent être surinfectées par des streptocoques du groupe A dans 1 à 4 % des cas. Le germe est mis en évidence par la culture du pus recueilli par paracentèse.

**Erysipèle** : c'est une dermo-hypodermite localisée favorisée par une stase veino-lymphatique. Elle peut siéger au niveau des membres inférieurs : grosse jambe rouge aiguë fébrile. Le membre est oedématié, la peau est chaude tendue, indurée, en peau d'orange, luisante, rouge vif, parsemée de pétéchies. Le placard a des limites plus ou moins nettes. Les douleurs sont vives, pulsatiles, exacerbées par la mobilisation. La recherche d'une thrombose veineuse associée doit être effectuée au moindre doute.

A la face, le début est très brutal par des frissons et une fièvre à 39°/40°C et une douleur locale. La lésion est caractérisée par une infiltration de la peau de part et d'autre du nez. Elle est limitée par un bourrelet surélevé bien visible. La peau est recouverte de petites vésicules. Le visage est oedématié.

**Broncho-pneumonie** : le streptocoque bêta-hémolytique est un agent exceptionnel de broncho-pneumonie.

**Endocardite** : le streptocoque A bêta hémolytique est rarement en cause dans l'endocardite bactérienne.

**Glomérulonéphrite aiguë** : il s'agit d'une manifestation post-streptococcique secondaire à une infection à streptocoque A, survenant 10 à 20 jours après une infection streptococcique pharyngée ou cutanée. Le tableau associe fièvre, douleurs abdominales, oedèmes des paupières puis des lombes et des membres inférieurs, pâleur, oligurie, HTA souvent modérée, hématurie et protéinurie.

### Diagnostic

Il se fait par l'isolement de la bactérie dans le pus de l'oreille, le pharynx (test rapide maintenant disponible), l'hémoculture. Dans la glomérulonéphrite ou le rhumatisme articulaire aigu (RAA), le diagnostic est fait par l'interrogatoire qui retrouve l'épisode infectieux 10-20 jours plus tôt et l'association d'un syndrome inflammatoire et d'une élévation significative du titre des anticorps spécifiques : antistreptolysines. Pour l'érysipèle, le diagnostic est clinique.

### Evolution

L'infection traitée est rapidement favorable. Non traitée ou avec retard, les infections à streptocoque du groupe A peuvent se compliquer ultérieurement d'un syndrome post streptococcique : rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë, érythème noueux.

### Traitement

Il repose toujours en premier sur la pénicilline : pénicilline A ou G, ou amoxicilline par voie orale ou veineuse en cas d'infection sévère rendant difficile la voie orale initiale. En cas d'allergie à la pénicilline, on peut utiliser un macrolide, un glycopeptide ou la pristinamycine. La durée de traitement doit être de 10 jours.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Contact rapproché avec des personnes porteuses de streptocoque A dans le pharynx.

## VI Infections dues aux méningocoques (76 F)

### Définition de la maladie

En France, les infections et méningites à méningocoque évoluent sur un mode épidémique avec recrudescence hivernale. On estime le nombre d'infections à méningocoques à 558 cas en 2001 dont 54 % de sérotype B et 34 % de sérotype C en récente augmentation. L'incidence est estimée à 1,28 /100 000 habitants par an. La plupart des cas d'infections invasives s'observent chez les enfants de 6 mois à 4 ans.

Il existe certaines régions où le risque est endémique : Afrique (ceinture méningitique), La Mecque (risque de transmission du méningocoque W135).

La **méningite** correspond à l'atteinte des méninges, c'est-à-dire les tissus qui enveloppent le système nerveux central. Il s'agit d'infections invasives dont les manifestations cliniques sont celles d'une méningite aiguë purulente auxquelles s'associent un purpura dans 60 % des cas, le plus souvent pétéchial, et parfois, ce qui est moins caractéristique, un herpès labial, des arthralgies ou une péricardite.

Les **conjonctivites** méningococciques primitives sont rares (moins de 0,1 % des conjonctivites muco-purulentes aiguës).

## Diagnostic

Il est réalisé par l'isolement du germe dans le sang ou le LCR ou à partir de prélèvements conjonctivaux dans le cas d'une conjonctivite. Ce germe est fragile. Il peut donc ne pas être mis en évidence d'où l'intérêt de la PCR, technique qui permet de déceler les infections à méningocoques non positives en culture.

Dans les formes méningées, le germe peut être mis en évidence sur l'examen direct du LCR. Le LCR est hypertendu, habituellement trouble, contenant plus de 100 éléments par mm<sup>3</sup>, l'albuminorachie est élevée et la glycorachie est basse. Une méningite purulente sans germe est fortement évocatrice de méningocoque.

La présence de méningocoque dans le rhino-pharynx ne suffit pas à porter le diagnostic.

## Evolution

L'évolution de la méningite sous traitement antibiotique est favorable sans séquelle dans 80 % des cas, avec séquelles dans 10 % des cas (hypoacousie, surdité, paralysie oculaire, atrophie cérébrale, comitialité, déficit intellectuel) et décès dans 10 % des cas.

## Traitement

Antibiothérapie à administrer le plus rapidement possible comportant soit une céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération (céfotaxime ou ceftriaxone), soit à défaut l'amoxicilline.

## Facteurs de risque

### Facteurs d'exposition

Contact rapproché exposant aux sécrétions oro-pharyngées (à moins de 1 mètre) d'un patient atteint d'infection à méningocoque : une projection importante au visage de sécrétions oro-pharyngées lors d'une intubation pourrait entraîner une contamination ; manipulation de cultures (surtout en milieu liquide) en laboratoire.

### facteurs individuels

Certains déficits immunitaires avec déficit en complément favorisent la survenue de méningite à méningocoques.

## VII Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B (76 G)

### Définition de la maladie

La **fièvre typhoïde** est une septicémie à point de départ lymphatique mésentérique. La fièvre s'élève progressivement pour atteindre 40°C après une semaine. La fièvre s'accompagne classiquement de céphalées, d'insomnie, d'anorexie, d'asthénie et de troubles digestifs variables : douleur abdominale, constipation plutôt que diarrhée. A la phase d'état, la fièvre se maintient à 40°C, le pouls est dissocié de la température, donc moins rapide que ne le voudrait la fièvre. Il existe souvent une prostration voire une obnubilation (tuphos) nette le jour, avec insomnie nocturne et des douleurs abdominales. La diarrhée n'est présente que dans 2/3 des cas. L'abdomen est globalement douloureux, la fosse iliaque droite est sensible. Une éruption discrète est présente dans 1/3 des cas. La fièvre peut être moins élevée.

### Diagnostic

Le diagnostic est fait par la positivité des hémocultures à *Salmonella typhi* ou *para typhi A* ou *B*. Les coprocultures sont positives dans 40 % des cas après le 10<sup>e</sup> jour. La sérologie de Widal et Félix est peu contributive au diagnostic, d'interprétation difficile et tardive. Elle met en évidence les anticorps dirigés contre les antigènes H et O de la bactérie. Il existe des faux positifs et des faux négatifs.

### Evolution

Sous traitement, la diminution de la température se produit en 2 à 6 jours. Les signes digestifs disparaissent rapidement ainsi que les signes neurologiques. Les classiques complications, hémorragies digestives, perforations, myocardites, sont devenues rares. La guérison se fait habituellement sans séquelle.

Il faut vérifier l'absence de portage digestif persistant de la salmonelle après la guérison clinique.

### Traitement

Le traitement repose sur l'antibiothérapie en utilisant des molécules ayant une bonne diffusion intra-cellulaire et dans le tissu lymphatique et actives sur les salmonelles : fluoroquinolones, céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération. L'amoxicilline, le Bactrim® ne sont plus utilisés en France dans cette indication en raison de l'évolution de la sensibilité des salmonelles et du risque de portage persistant.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Transmission possible par les mains souillées au contact du patient ou de son environnement (défaut d'hygiène) ; manipulation de cultures en laboratoire.

## VIII Dysentérie bacillaire (76 H)

### Définition de la maladie

Le tableau clinique est habituellement celui d'un syndrome dysentérique associant selles glairo-sanglantes, voire purulentes, fièvre à 39°-40°C, douleurs abdominales intenses accompagnées de ténésme et d'épreintes. Il existe des formes sévères avec manifestations neurologiques (convulsions, troubles psychiques). A l'inverse, il existe des formes frustes sans douleur et fièvre modérée.

## Diagnostic

Le diagnostic repose sur l'isolement de la bactérie dans la coproculture. Il n'existe pas de sérologie permettant un éventuel diagnostic rétrospectif.

## Evolution

La guérison est la règle, même en l'absence de traitement antibiotique.

## Traitement

Le traitement a trois objectifs : corriger ou prévenir la déshydratation qui dépend de l'intensité de la diarrhée, par réhydratation orale ou veineuse, dans les cas graves ; réduire l'intensité de la diarrhée par des médicaments symptomatiques et agir éventuellement sur la cause par le traitement antibiotique.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Transmission possible par les mains souillées au contact du patient ou de son environnement (défaut d'hygiène) ; les personnes qui travaillent au contact d'enfants sont particulièrement exposées au risque ; manipulation de cultures en laboratoire.

## IX Choléra (76 I)

### Définition de la maladie

Le choléra est une maladie due à la toxine des agents du choléra : *Vibrio cholerae* type classique et *vibrio cholerae* type El Tor. La maladie est endémique ou épidémique dans certaines régions du globe : Inde, Afrique intertropicale. Tous les cas rapportés en France sont importés : 3 cas en 2001. L'incubation est variable : très courte de quelques heures à 5-6 jours, selon l'importance de l'inoculum infectant.

Le tableau clinique, à début brutal, associe vomissements, diarrhée hydrique très importante, douleurs abdominales, sans fièvre. La diarrhée est faite de selles afécales, incolores, aqueuses, indolores à l'émission. Elles peuvent entraîner rapidement une déshydratation globale en raison des pertes hydriques de 10 à 15 litres par jour. Des formes plus bénignes peuvent se résumer à un tableau de gastro-entérite banale sans déshydratation ou être asymptomatiques.

### Diagnostic

Le diagnostic peut être évoqué par l'aspect des selles et l'examen direct des selles qui met en évidence les bacilles incurvés à mobilité polaire. La confirmation est obtenue par la mise en culture sur milieu d'enrichissement et milieu d'isolement. Il s'agit à la fois du diagnostic positif et du diagnostic étiologique.

### Evolution

Elle dépend de la qualité et de la rapidité de la réhydratation dans les formes graves. Dans ce cas la mortalité ne dépasse pas 1 % alors qu'elle peut atteindre 50 % en l'absence de traitement.

### Traitement

Il repose essentiellement sur la réhydratation parentérale immédiate. Le traitement antibiotique par cyclines, cotrimoxazole, fluoroquinolone, joue un rôle secondaire pour le patient mais diminue la durée des symptômes et réduit la durée d'élimination du germe et donc la contagiosité.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Transmission possible par les mains souillées au contact du patient ou de son environnement (défaut d'hygiène) ; les personnes qui travaillent au contact d'enfants sont particulièrement exposées au risque ; manipulation de cultures en laboratoire ; voyage en zone d'endémie.

## X Fièvres hémorragiques (76 J)

### Définition de la maladie

Les fièvres hémorragiques virales sont des infections souvent graves dues à l'infection par l'un de ces virus. Ils ont en général une distribution géographique circonscrite. La fièvre de Lassa sévit exclusivement en Afrique de l'Ouest, Ebola en Afrique centrale, Marburg en Afrique centrale et Congo-Crimée en Afrique centrale et au Caucase. La période d'incubation varie de 3 à 17 jours. Le début est en général brutal marqué par une hyperthermie avec frissons, céphalées et myalgies. Des symptômes à type de pharyngite douloureuse et toux avec douleur thoracique sont souvent observés dans la fièvre de Lassa. Une éruption maculo-papuleuse généralisée est évocatrice au 5<sup>e</sup> jour dans la fièvre d'Ebola et de Marburg. Des symptômes digestifs sont fréquents avec vomissements et diarrhée dans les 4 cas. Après une phase de relative amélioration, les signes hémorragiques peuvent apparaître souvent associés à des signes neurologiques, cardiaques, une insuffisance rénale. Le décès est fréquent dans un tableau hémorragique et de défaillance multi viscérale.

### Diagnostic

Le diagnostic doit être évoqué chez des sujets revenant de zones d'endémie, en particulier chez les sujets ayant été en contact avec des malades ou des personnes décédées lors d'une épidémie de fièvre hémorragique, moins de 3 semaines plus tôt. Le diagnostic est biologique par la mise en évidence du virus dans le sang et/ou par la détection d'anticorps spécifiques, en particulier d'IgM. Ce diagnostic ne peut se faire qu'au centre de référence où les prélèvements doivent être adressés avec des précautions particulières.

## Evolution

L'évolution spontanée des formes cliniques hémorragiques est très grave avec une mortalité qui peut atteindre 80 % pour Ebola. Les traitements symptomatiques peuvent améliorer le pronostic.

## Traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique de ces virus à l'exception de la fièvre de Lassa qui est sensible à la ribavirine lorsqu'elle administrée avant le 6<sup>e</sup> jour d'évolution.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Transmission possible par exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques d'un patient. A ce jour, aucun cas dans les pays industrialisés à partir de cas importés. En revanche, de nombreux décès de soignants recensés dans les pays d'endémie (Afrique en particulier). Les accidents de laboratoire (inoculation, bris de tube..) peuvent être à l'origine de contamination.

## XI Infections dues aux gonocoques (76 K)

### Définition de la maladie

**Gonococcie cutanéeb** : les manifestations cutanées de l'infection à gonocoque sont peu spécifiques. En général, elles se présentent sous forme d'une éruption maculo-papuleuse localisée ou généralisée laissant des intervalles de peau saine. Elles témoignent en général d'une diffusion septicémique du germe à partir de la porte d'entrée. Les **localisations articulaires** touchent les grosses articulations et consistent en des arthrites suppurées contenant le germe.

### Diagnostic

Le diagnostic se fait par l'isolement du germe dans l'hémoculture ou dans l'articulation. L'examen direct, avant toute antibiothérapie, peut mettre en évidence des cocci gram négatif en grains de café. La culture est indispensable pour identification et antibiogramme. Il n'existe pas d'examen sérologique fiable.

### Evolution

L'évolution est favorable sous traitement, sans séquelle.

### Traitement

Le traitement antibiotique est indispensable et doit être adapté à la sensibilité du germe en cause. Actuellement, près de 30 % des gonocoques sont résistants aux pénicillines, 45 % sont résistants aux tétracyclines. La fréquence de la résistance aux fluoroquinolones est très inférieure. Le traitement comportera donc soit une céphalosporine (ceftriaxone, cefixime) soit une fluoroquinolone pendant une durée de 10 à 15 jours.

### Facteurs de risque

#### facteurs d'exposition :

Accident d'exposition au sang (AES) ou du liquide articulaire (après ponction par exemple) ou des sécrétions génitales ; accident de laboratoire avec les cultures bactériennes.

## XII Syphilis (76 L)

### Définition de la maladie

La syphilis est due à *Treponema pallidum*. L'incubation est en moyenne de 3 semaines après le contact (elle peut aller de 10 à 90 jours). La transmission se fait habituellement par voie sexuelle.

La **trépanomatose primaire cutanée** correspond à la phase primaire de la syphilis. Il s'agit d'un chancre d'inoculation c'est-à-dire une ulcération superficielle et indolore, à limite nette, reposant sur une base indurée et accompagné d'une adénopathie satellite indolore.

### Diagnostic

Ce n'est qu'à la phase primaire que le diagnostic peut se faire à l'examen microscopique à fond noir de la sérosité du chancre qui retrouve le tréponème animé de mouvements caractéristiques.

Ultérieurement le diagnostic est fait par les tests sérologiques : le VDRL, réaction non spécifique, et les réactions à antigène spécifique :TPHA, FTA, test d'immobilisation ou test de Nelson.

### Evolution

Le chancre évolue spontanément vers la cicatrisation en 3 à 5 semaines. Il disparaît plus vite sous traitement.

Sans traitement, la maladie peut évoluer vers la phase secondaire qui apparaît à partir du 2<sup>e</sup> mois après le chancre et peut durer 4 ans. Cette phase comporte des manifestations cutanées (roséole, plaques muqueuses et alopecie) et d'autres signes cliniques : fièvre, poly-adénopathies, hépato-splénomégalie.

La phase tertiaire peut survenir en l'absence de traitement à la phase primaire ou secondaire, après 2 à 10 ans. Elle comporte des lésions cutanéomuqueuses, les gommages, et des manifestations viscérales : cardiaques, vasculaires, neurologiques (méningites, tabès, troubles des fonctions supérieures, paralysie générale).



## Traitement

Il repose sur les antibiotiques. Le traitement est le même quel que soit le stade. Le traitement de choix est la pénicilline ou un dérivé, sauf en cas d'allergie.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Contact cutané avec une lésion primaire sans gant, AES avec patient atteint de syphilis secondaire, inoculation en laboratoire.

## XIII Infections à Herpes virus varicellae (76 M)

### Définition de la maladie

**Varicelle** : après pénétration du virus par la muqueuse des voies aériennes supérieures et l'oropharynx, la phase d'incubation de 14 jours, en moyenne, permet la multiplication du virus dans les ganglions lymphatiques régionaux, à laquelle succèdent une première virémie puis une seconde multiplication dans les cellules du système réticulo-endothélial. Une seconde virémie survient alors pendant les 5 derniers jours de l'incubation. Le virus atteint ensuite les muqueuses et la peau, organes cibles provoquant les lésions cliniques caractéristiques. La phase d'invasion se traduit par un fébricule à 38° puis l'éruption apparaît : macules rosées, devenant papuleuses et prurigineuses puis surmontées de vésicules transparentes et goutte de rosée qui évoluent vers la dessiccation en 2 jours environ. Une croûte apparaît vers le 4<sup>e</sup> jour et tombe vers le 10<sup>e</sup> jour. Cette éruption touche surtout le thorax, le visage, mais peut atteindre tous les sites, en particulier le cuir chevelu, la bouche, les espaces interdigitaux. Plusieurs poussées se succèdent.

En cas de contrôle insuffisant de la virémie, le VZV peut atteindre le foie, le poumon, le système nerveux central et être responsable des formes graves.

**Complications aiguës** : les complications comportent les surinfections cutanées dues au staphylocoque ou au streptocoque, fréquentes ; les complications neurologiques : cérébelle ou encéphalite, méningites rares chez l'enfant, plus fréquentes chez l'adulte ; un purpura thrombopénique ; la pneumopathie varicelleuse, observée chez l'adulte et qui peut être grave.

**Complications dues à l'infection chronique par le virus** : le zona est l'expression clinique de la réactivation du virus VZV favorisée par l'âge ou l'immunodépression. Le zona se manifeste initialement par une douleur dans le territoire atteint, à type de brûlure et de démangeaison puis l'éruption apparaît. Elle est caractéristique par sa localisation unilatérale, limitée au territoire d'un ou plusieurs métamères. Les éléments sont d'abord érythémateux puis recouverts en 24 heures de vésicules arrondies, groupées en bouquet puis en bulles confluentes. Les vésicules se troublent vers le 5<sup>e</sup> jour puis sèchent et forment des croûtes brunâtres qui tombent au 10<sup>e</sup> jour laissant une cicatrice dépigmentée souvent indélébile. L'éruption est douloureuse et s'accompagne de troubles de la sensibilité superficielle dans le territoire atteint. Les localisations du zona sont variées : thoracique, ophthalmique avec risque de kératite, abdominale, des membres ...

### Diagnostic

Le diagnostic de varicelle est clinique sur l'aspect de l'éruption très caractéristique.

Le diagnostic de zona est clinique basé sur la constatation d'une éruption vésiculeuse, douloureuse à topographie métamérique unilatérale. Le virus est présent dans les lésions cutanées du zona et de la varicelle et peut être mis en évidence par immunofluorescence sur le prélèvement des cellules vésiculaires ou par PCR. La sérologie peut aider au diagnostic rétrospectif dans la varicelle (séroconversion avec présence d'IgM). La PCR dans le LCR peut être utilisée pour le diagnostic des encéphalites et des méningites à VZV.

### Evolution

L'évolution de la varicelle de l'adulte est en général favorable assez rapidement mais peut être aggravée par une atteinte pulmonaire ou neurologique.

Le zona pose rarement des problèmes de gravité à court terme mais se complique souvent à distance de douleurs post-zostériennes qui peuvent être très invalidantes et persistantes. Ce sont des douleurs névralgiques qui siègent dans le même territoire.

### Traitement

Il existe un traitement antiviral : acyclovir ou valaciclovir actif sur le virus VZV. Dans la varicelle, il est réservé aux formes compliquées de l'adulte (pneumopathie, atteinte neurologique). Dans le zona, le traitement antiviral est réservé aux zones ophthalmiques et aux patients de plus de 50 ans. Ce traitement a surtout l'intérêt de diminuer la fréquence et l'intensité des douleurs post-zostériennes.

Les traitements locaux en dehors de douches et bains à l'eau tiède sont déconseillés. Des antihistaminiques sont indiqués à la phase aiguë. Les antibiotiques ne sont indiqués qu'en cas de surinfection cutanée ou pulmonaire.

## Facteurs de risque

### facteurs d'exposition

Contact rapproché avec une personne atteinte de varicelle (à un degré moindre de zona), en particulier les enfants : transmission aérienne le plus souvent ou par contact avec le liquide des vésicules.

### facteurs individuels

Les personnes immunodéprimées risquent plus particulièrement de développer un zona.

## XIV Gale (76 N)

### Définition de la maladie

La gale est une dermatose provoquée par *Sarcoptes scabiei hominis*. Le symptôme principal de cette affection est le prurit, à début progressif et d'intensité variable. Il est souvent à recrudescence nocturne. Certaines localisations sont caractéristiques : espaces interdigitaux, face antérieure des avant-bras, plis du coude, ombilic, ceinture, fesses, aisselles. Le dos est épargné ainsi que le visage. L'examen clinique met en évidence les signes spécifiques : les sillons siégeant dans les zones de prurit maximum, les chancres scabieux sur le gland et la verge, les vésicules perlées fréquentes sur la face latérale des doigts qui se présentent comme des petites élevures liquidiennes bien séparées les unes des autres, les nodules scabieux, bruns ou rouges, présents aux aisselles ou sur les flancs. Il existe en outre des lésions de grattage qui peuvent modifier l'aspect des lésions dermatologiques spécifiques.

### Diagnostic

Le diagnostic est avant tout clinique sur la notion d'un prurit nocturne et les lésions caractéristiques. Le parasite peut cependant être recherché après grattage d'un sillon, d'une vésicule, ou d'une squame, avec mise en évidence au microscope de formes adultes ou d'œufs. Un traitement d'épreuve peut être proposé devant une éruption évocatrice. La guérison des symptômes permet alors de confirmer le diagnostic.

### Evolution

Elle est rapidement favorable après traitement.

### Traitement

Le traitement repose sur l'application de produits à activité scabicide : benzoate de benzyle ou pyréthrianoïde de synthèse. Une application suivie d'un rinçage 6 à 12 heures plus tard doit suffire. Dans certains cas, en particulier en collectivité, l'ivermectine peut être utilisée car très efficace en prise unique ; elle permet de traiter tous les individus en même temps. Il faut traiter tous les membres d'une même famille en même temps et traiter le linge et la literie avec un insecticide adapté.

### Facteurs de risque

#### facteurs d'exposition

Contact cutané direct avec un patient atteint, plus rarement avec son linge (très contagieux).

#### facteurs individuels

Terrain fragilisé (personnes âgées), mauvaises conditions d'hygiène.

## Critères de reconnaissance (Juillet 2010)

### I. Prise en charge en accident du travail de certaines affections dues à la nuisance

La majorité des infections énoncées dans le tableau 76 peuvent être transmises (hormis la gale) lors d'un accident exposant au sang (AES) ou à d'autres produits biologiques, bien que cela soit très rare. Les cas plus fréquents sont : les fièvres hémorragiques virales ; plus rarement, les gonocoques, la syphilis ; l'herpès ; exceptionnellement, les infections à staphylocoque, streptocoque ou shigelle. Aucun cas n'a jamais été décrit pour le choléra, la fièvre typhoïde, les infections à méningocoque, pneumocoque ou shigelle.

Les suites d'une telle transmission seront alors prises en charge au titre des accidents de travail sous réserve que l'accident ait été déclaré selon les modalités légales.

### II. Infections dues aux staphylocoques (76 A)

#### a). Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections dues au staphylocoques

Manifestations cliniques de staphylococcie :

- septicémie,
- atteinte viscérale,
- panaris,

avec mise en évidence du germe et typage du staphylocoque.

##### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les manifestations énoncées sont prise en charge.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Isolement et typage du staphylocoque.

#### b). Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

10 jours.

##### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

### III. Infections à *Pseudomonas aeruginosa* (76 B)

#### a). Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections à *pseudomonas aeruginosa*

- septicémie,
  - localisations viscérales, cutanéomuqueuses et oculaires,
- avec mise en évidence du germe et typage du *pseudomonas aeruginosa*.

##### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les manifestations énoncées sont prise en charge.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Mise en évidence du germe et typage du *pseudomonas aeruginosa*.

#### b). Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

15 jours.

**Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie**

Limitative, avec notion de réservoir.

**IV. Infections dues aux entérobactéries (76 C)****a). Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Infections dues aux entérobactéries  
Septicémie confirmée par héculture.

**Exigences légales associés à cet intitulé**

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives  
Seules les manifestations énoncées sont prise en charge.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation  
La positivité des hémocultures est nécessaire.

**b). Critères administratifs****Délai de prise en charge**

15 jours.

**Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie**

Limitative, avec notion de réservoir.

**V. Infections dues aux pneumocoques (76 D)****a). Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Infections dues aux pneumocoques  
Manifestations cliniques de la pneumococcie :

- pneumonie,
  - broncho-pneumonie,
  - septicémie,
  - méningite purulente,
- confirmées par isolement bactériologique du germe ou par les résultats positifs d'une recherche des antigènes solubles.

**Exigences légales associés à cet intitulé**

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives  
Seules sont prises en compte les maladies énoncées.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation  
L'isolement bactériologique du germe ou une recherche positive des antigènes solubles sont exigés.

**b). Critères administratifs****Délai de prise en charge**

10 jours.

**Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie**

Limitative, avec notion de réservoir.

## VI. Infections dues aux streptocoques bêta hémolytiques du groupe A (76 E)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques

Manifestations cliniques de streptococcie :

- Otite compliquée,
- érysipèle,
- broncho-pneumonie,
- endocardite,
- glomérulonéphrite aiguë,

confirmées par mise en évidence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules sont prises en compte les maladies énoncées.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Mise en évidence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

Otite compliquée : 15 jours.

érysipèle : 15 jours.

broncho-pneumonie : 15 jours.

endocardite : 60 jours.

glomérulonéphrite aiguë : 30 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

## VII. Infections dues aux méningocoques (76 F)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections dues aux méningocoques

- méningite,
- conjonctivite.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Mise en évidence de *Neisseria Meningitidis*.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

10 jours.

#### Durée minimale d'exposition

Limitative, avec notion de réservoir.

## VIII Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B (76 G)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B

confirmées par une hémoculture mettant en évidence la salmonelle en cause et par le sérodiagnostic de Widal.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Une hémoculture doit mettre en évidence la salmonelle en cause et le sérodiagnostic de Widal doit être positif.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

21 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

## IX. Dysenterie bacillaire (76 H)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Dysenterie bacillaire

confirmée par la mise en évidence de shigelles dans la coproculture et par la séroconversion.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Mise en évidence de shigelles dans la coproculture et par la séroconversion.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

15 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

## X. Choléra (76 I)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Choléra

confirmé bactériologiquement par la coproculture.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Confirmation bactériologique par la coproculture.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

7 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

## XI. Fièvres hémorragiques (76J)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Fièvres hémorragiques

(Lassa, Ebola, Marburg, Congo-Crimée) confirmées par la mise en évidence du virus et/ou la présence d'anticorps spécifiques à taux significatifs.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives :

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Confirmation par la mise en évidence du virus et/ou la présence d'anticorps spécifiques à taux significatifs.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

21 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de réservoir.

## XII. Infections dues aux gonocoques (76 K)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections dues aux gonocoques

Manifestations cliniques :

- gonococcie cutanée,

- complications articulaires,

confirmées par isolement bactériologique du germe.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les manifestations énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Isolement bactériologique du germe.

### b). Critères administratifs

## Délai de prise en charge

10 jours.

## Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de contact direct ou indirect avec un malade infecté.

## XIII. Syphilis (76 L)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Syphilis

Tréponématose primaire cutanée confirmée par la mise en évidence du tréponème et par la sérologie.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seule la phase primaire est prise en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Il faut à la fois mettre en évidence le germe au niveau des lésions cutanées et avoir une sérologie positive.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

10 semaines.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de contact direct ou indirect avec un malade infecté.

## XIV. Infections à Herpes virus varicellae (76 M)

### a). Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Infections à *Herpes virus varicellae*

Varicelle et ses complications :

- complications de la phase aiguë : septicémie, encéphalite, neuropathie périphérique, purpura thrombopénique, pneumopathie spécifique, varicelle grave généralisée,
- complications dues à l'infection chronique par le virus : zona et ses manifestations cutanée, auriculaire, ophtalmique, méningée, neurologique périphérique, algies post-zostériennes chez une personne ayant été atteinte antérieurement d'une varicelle.

#### Exigences légales associés à cet intitulé

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

Pour les complications chroniques, il est nécessaire qu'une varicelle soit déjà survenue dans l'histoire du malade.

### b). Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

21 jours.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative, avec notion de contact direct ou indirect avec un malade infecté.

## XV. Gale



**a). Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Gale

Parasitose à *Sarcoptes scabiei* avec prurit et éventuellement surinfection des atteintes cutanées dues au parasite.

En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.

**Exigences légales associés à cet intitulé**

Exigences cliniques, diagnostiques, évolutives

Seules les maladies énoncées sont prises en compte.

Examens complémentaires, modalités de réalisation, critères d'interprétation

En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.

**b). Critères administratifs****Délai de prise en charge**

7 jours.

**Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie**

Limitative, avec notion de contact direct avec un malade infecté.

### Eléments de prévention technique (Décembre 2010)

**Les mesures de prévention** comprennent deux niveaux :

- les précautions universelles à appliquer systématiquement pour tout contact avec les patients et leurs produits. Elles visent à prévenir les risques de transmission par le sang et les liquides biologiques,

- des précautions particulières qui dépendent des modes de transmission de certaines infections.

Pour les maladies à transmission oro-fécale et manuportée telles la **typhoïde**, le **choléra**, la **dysenterie bacillaire**..., le patient doit être isolé en chambre seul, les gants doivent être portés dès l'entrée dans la chambre, les mains lavées avant de sortir de la chambre, une surblouse doit être portée en cas de contact direct avec le patient ou avec les surfaces ou le matériel pouvant être contaminé. Il en est de même pour les germes se transmettant par contact cutané direct tel la **gale** ou certaines **staphylococcies ou streptococcies** cutanées majeures.

Pour les maladies à transmission respiratoire telle la **varicelle**, ou se transmettant par gouttelettes (salive et sécrétions des voies aériennes supérieures) telles les **méningococcies**, le patient est isolé, seul dans une chambre, suffisamment aérée ; un appareil de protection respiratoire est porté par le personnel dès l'entrée dans la chambre.

En laboratoire, on appliquera les bonnes pratiques et les mesures de confinement adaptées selon la classe du germe : 2,3 ou 4.

## Eléments de prévention médicale (Décembre 2010)

### I. Cadre légal

Les méningites à méningocoques, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes, le choléra, les fièvres hémorragiques sont des maladies à déclaration obligatoire.

Il existe des centres nationaux de référence pour :

- staphylocoques : Laboratoire de Microbiologie, Institut des Agents Infectieux, Hôpital de la Croix-Rousse, Groupement Hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon, Lyon.
- pneumocoques : Laboratoire de microbiologie, hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP (Paris).
- streptocoques : Service de bactériologie, Hôpital Cochin - Saint-Vincent-de-Paul, AP-HP (Paris) ;
- méningocoques : Unité des infections bactériennes invasives, Institut Pasteur (Paris).
- salmonella : CNR-Laboratoire coordonnateur : Unité de Recherche et d'Expertise des Bactéries Pathogènes Entériques, Institut Pasteur, Paris et CNR-Laboratoire associé : Service de Microbiologie, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
- shigelles : CNR-Laboratoire coordonnateur : Unité de Recherche et d'Expertise des Bactéries Pathogènes Entériques, Institut Pasteur, Paris et CNR-Laboratoire associé : Service de Microbiologie, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
- choléra : Unité de Recherche et d'Expertise des Bactéries Pathogènes Entériques, Institut Pasteur, Paris.
- fièvres hémorragiques virales : CNR-Laboratoire coordonnateur : Unité de Biologie des Infections Virales Emergentes (UBIVE), Institut Pasteur, Lyon et CNR-Laboratoire associé : Laboratoire P4 Jean Mérieux, INSERM, Lyon.
- gonocoques (CNR des infections sexuellement transmissibles bactériennes) : CNR-Laboratoire coordonnateur : Laboratoire de Bactériologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux et CNR-Laboratoire associé : Laboratoire de Bactériologie-Virologie-Hygiène, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris et CNR-Laboratoire associé : Laboratoire de Dermatologie, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.
- syphilis (CNR des infections sexuellement transmissibles bactériennes) : CNR-Laboratoire coordonnateur : Laboratoire de Bactériologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux et CNR-Laboratoire associé : Laboratoire de Bactériologie-Virologie-Hygiène, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris et CNR-Laboratoire associé : Laboratoire de Dermatologie, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.

### II. Examen médical initial

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent s'attacher à dépister les facteurs de risque individuels tels un diabète mal équilibré, une immunodépression grave. Chez les agents susceptibles d'être exposés à la varicelle (crèches, services de maladies infectieuses)... des antécédents de varicelle sont recherchés et en leur absence une sérologie demandée. C'est également l'occasion d'informer le salarié sur l'importance du respect des mesures de prévention.

Pour le **pneumocoque**, la vaccination n'est pas recommandée chez les personnels exposés. Elle doit néanmoins être proposée en cas de facteurs de risque individuels (asplénie...).

Pour le **méningocoque**, la vaccination (qui n'immunise pas contre les souches du groupe B) n'est pas recommandée chez les personnels exposés. Elle peut néanmoins être proposée aux personnels des laboratoires travaillant en routine sur des cultures de méningocoque et aux personnes susceptibles d'avoir des contacts exposant répétés (médecins intubant les malades dans une réanimation infectieuse par exemple).

La vaccination (Typhim®, une injection tous les 3 ans) ne protège que contre la **fièvre typhoïde**, elle est obligatoire pour les personnels de laboratoire.

Pour le **choléra**, la vaccination n'apporte qu'une protection très incomplète et n'est plus guère pratiquée.

### III. Examen médical périodique

C'est l'occasion d'un dépistage de facteurs de risque individuels et de recherche de lésions éventuelles (panaris, staphylococcie cutanée...) qui justifieraient traitement et éviction.

En cas de contact avec *Neisseria meningitidis*, les sujets contacts seront recensés afin de les rassurer (les cas secondaires sont rares, environ 1 % des cas déclarés en France), de leur prescrire une prophylaxie et éventuellement une vaccination pour les méningocoques des groupes A, C, Y et W135 :

- personnes effectuant des manœuvres de réanimation (bouche à bouche, intubation) ou un examen rapproché de pharynx du patient infecté, sans appareil de protection respiratoire, avant et dans les 24 heures qui suivent la mise en route du traitement,
- en laboratoire, personnes victimes d'une exposition accidentelle, notamment par projection lors de la manipulation de cultures.

Il est inutile, dans le milieu professionnel, de traiter en prophylaxie d'autres personnes que les sujets contacts définis précédemment ; de pratiquer des prélèvements rhinopharyngés du cas et des sujets contacts.

### IV. Cas particulier du maintien dans l'emploi du salarié porteur d'une maladie professionnelle

Pour l'ensemble des maladies citées, il faut prévoir une éviction jusqu'à guérison clinique.

Pour la **varicelle**, il ne doit plus y avoir de vésicules uniquement des croûtes.

Pour les infections à **staphylocoques**, il est exigé une négatation des prélèvements s'il s'agit d'un germe résistant et que l'agent travaille au contact direct des malades.

Pour les **fièvres typhoïde et paratyphoïdes**, la **dysenterie bacillaire** et le **choléra**, il est exigé deux coprocultures négatives à 48 heures d'intervalle.

### V. Dépistage de maladie ou symptôme non inscrits au tableau.

D'autres infections cutanéomuqueuses pouvant être dues à des **staphylocoques** ne sont pas répertoriées au titre du tableau 76 A. Elles peuvent revêtir des formes différentes selon l'âge et le site :

- épiderme : impétigo, dermatose bulleuse du visage ou des membres, onyxie et périonyxis au niveau de l'ongle ou à son pourtour,
- follicule pileux : folliculite aiguë superficielle ou profonde réalisant un furoncle ou un anthrax. Des aspects particuliers peuvent être réalisés selon la localisation (orgelet),
- tissu cellulaire sous cutané : abcès, cellulite, phlegmon,
- suppuration chronique des glandes apocrines de l'aisselle et du périnée : hidrosadénite aboutissant à une dermo-hypodermite nodulaire suppurée,
- muqueuses : les staphylocoques peuvent être à l'origine de phlegmons de l'amygdale, de sinusites, d'otites, de conjonctivites purulentes compliquant un orgelet.

D'autres infections peuvent être dues à des **pneumocoques** : otite, sinusite, mastoïdite (*s.pneumoniae* est en cause dans ¼ à 1/3 des otites et sinusites).

D'autres infections peuvent être dues à des **méningocoques** :

- 
- des bactériémies (30 à 50 % sans méningite) qui se manifestent cliniquement par de la fièvre, des frissons, des arthralgies, des myalgies et dans 75 % des cas par un purpura pétéchial disséminé, parfois nodulaire contenant des bactéries. Un purpura fulminans s'observe chez 10 à 20 % des malades ayant une méningococcémie : choc infectieux avec purpura extensif évoluant rapidement vers un purpura nécrotique diffus. Le pronostic est très grave.
  - exceptionnellement des arthrites ou des péricardites.

## Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Juillet 2010)

### I – Reconnaissance des maladies professionnelles

#### a) textes généraux

Code de la sécurité sociale, Livre IV, titre VI : Dispositions concernant les maladies professionnelles

- partie législative : articles L.461-1 à L.461-8,
- décrets en Conseil d'État : articles R.461-1 à R.461-9 et tableaux annexés à l'article R.461-3,
- décrets simples : D.461-1 à D.461-38.

#### b) liste des textes ayant porté création ou modification du tableau concerné

- Création : décret 84-492 du 22 juin 1984.
- Modifications :
  - décret n° 92-1348 du 23 décembre 1992,
  - décret n° 99-95 du 15 février 1999.

### II – Prévention des risques encourus par les travailleurs

**NB** : La liste des textes ci-dessous proposée ne constitue pas une liste exhaustive des textes applicables lors des différents travaux énumérés dans le tableau n°76. Sont seuls référencés les textes relatifs à la prévention des maladies visées au tableau n°76, à l'exclusion des textes destinés à prévenir d'autres risques liés à ces travaux.

#### a) textes généraux

##### Code du travail, Partie IV, Santé et Sécurité au travail, et notamment

- partie législative
- articles L.4121-1 à L.4121-5 : principes généraux de prévention,
- articles L.4141-1 à L.4141-4 : formation à la sécurité (principe général).
- Partie réglementaire
- articles R.4121-1 à R.4121-4 : document unique et évaluation des risques,
- articles R.4141-1 à R.4141-10 : formation à la sécurité (objet et organisation de la formation),
- articles R.4222-1 à R.4222-26 : aération et assainissement des locaux de travail.

##### Code de la sécurité sociale, Livre IV, Titre VI,

- partie législative, article L.461-4 : déclaration par l'employeur des procédés de travail susceptibles de causer des maladies professionnelles prévues aux tableaux.

#### b) autres textes applicables à la prévention des maladies professionnelles visées au tableau concerné

##### Code du travail

- Prévention du risque biologique
- articles R.4421-1 à R.4423-4 : dispositions générale, principes de prévention, évaluation des risques,
- articles R.4424-1 à R.4424-10 : Mesures et moyens de prévention (dispositions communes à toutes les activités et dispositions particulières à certaines activités),
- articles R.4425-1 à R.4425-7 : information et formation des travailleurs,
- articles R.4426-1 à R.4426-13 : surveillance médicale (liste des travailleurs exposés, surveillance renforcée, dossier médical spécial, suivi des pathologies).
- article R.4427-1 à R.4427-5 : déclaration administrative.- article R.4427-1 à R.4427-5 : déclaration administrative.
- Utilisation des équipements de protection individuelle (EPI)
- articles R.4321-1 à R.4322-3 : règles générales d'utilisation des équipements de travail et moyens de protection, y compris les équipements de protection individuelle,
- articles R.4323-91 à R.4323-106 : dispositions particulières pour l'utilisation des équipements de protection individuelle.

##### Autres textes

- Arrêté du 19 mars 1993 fixant, en application de l'article R.237-8 du code du travail (devenu l'article R.4512-7), la liste des travaux dangereux pour lesquels il est établi par écrit un plan de prévention : travaux exposant à des agents biologiques pathogènes,
- Arrêté du 18 juillet 1994 modifié, fixant la liste des agents biologiques pathogènes,
- Arrêté du 25 février 2003 pris en l'application de l'article L. 235-6 du code du travail (devenu l'article L. 4532-8) fixant une liste de travaux comportant des risques particuliers pour lesquels un plan général simplifié de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé est requis : Travaux exposant les travailleurs à des agents biologiques nécessitant une surveillance médicale au sens de l'article R.241-50 (devenu les articles R. 4624-19 et R.4624-20) du code du travail,

- Arrêté interministériel du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement à mettre en œuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologique, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes.

### **Recommandation**

R 410 Risque biologique en milieu de soins.

## Eléments de bibliographie scientifique (Décembre 2014)

## DOCUMENTS COMMUNS A L'ENSEMBLE DES RISQUES BIOLOGIQUES

**BALTY I. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CARON V. ; DAVID C. ; DELEPINE A. ; DUQUENNE P. ; LE BACLE C. Les risques biologiques en milieu professionnel. Edition INRS ED 6034. INRS, 2008, 47 p., ill., bibliogr.**

La prise en compte des risques biologiques en entreprise est entravée par plusieurs handicaps : un manque de visibilité ; un report permanent (il y a d'autres priorités) ; un manque de connaissances : les risques biologiques ne sont pas évoqués ou sont éludés faute de connaissance sur leur existence et surtout sur leur prévention. Cette brochure a pour objectif d'inciter l'ensemble des préventeurs à intégrer de façon systématique l'évaluation des risques biologiques dans leur démarche générale de prévention des risques en entreprise, quel que soit le secteur d'activité. Elle apporte en termes simples l'essentiel des connaissances sur les risques biologiques en milieu de travail (risques de type infectieux, allergique, toxinique ou cancérigène) et propose d'utiliser la chaîne de transmission comme fil rouge pour l'évaluation des risques, une chaîne dont il faudra rompre au moins un des cinq maillons pour assurer la protection des travailleurs.

**DAVID C. Les agents biologiques. Fiche pratique de sécurité ED 117. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2004, 4 p., ill., bibliogr.**

Etre exposé à des agents biologiques sur le lieu de travail peut être source de risques lorsque ces agents sont pathogènes. Certains salariés connaissent les agents biologiques, les utilisant de façon délibérée (laboratoire de recherche biologique, industrie pharmaceutique, etc.) ; d'autres y sont potentiellement exposés sans vraiment les connaître (assainissement, déchetterie, milieux de soins, etc.). Dans les deux cas, l'évaluation et la prévention des risques biologiques passent par une meilleure connaissance de ces agents biologiques pathogènes et des dangers qu'ils représentent. Cette fiche décrit les différents agents biologiques (virus, bactéries, champignons ou mycètes, endoparasites), leur mode de vie, leur intérêt industriel et leur pouvoir pathogène possible.

**Risques biologiques. Suivez la chaîne de transmission !**

On ne les voit pas mais ils sont partout. Ils sont microscopiques mais peuvent provoquer des maladies. Ce sont les agents biologiques qui peuplent l'environnement, y compris l'environnement de travail. Les risques liés à ces agents biologiques doivent être évalués puis réduits voire supprimés. Et ce, grâce à des mesures de prévention spécifiques centrées sur la chaîne de transmission. <http://www.inrs.fr/accueil/risques/biologiques.html>

**MENARD A. Les risques biologiques sur les lieux de travail. Mise à jour 1er avril 2010. Aide mémoire juridique 24. TJ 24. INRS, 2010, 43 p., ill., bibliogr.**

Selon l'enquête SUMER de 2003, environ 2,6 millions de salariés en France s'estiment concernés par les risques biologiques, et ce dans de nombreux secteurs d'activité : agriculture, industrie agroalimentaire, services à la personne, santé, action sociale, recherche et développement. Les risques biologiques sont dus à l'action néfaste de certains agents biologiques : bactéries, virus, champignons microscopiques, divers parasites, à l'origine de risques infectieux, allergiques, toxiques et parfois de cancers en cas d'exposition chronique. Le présent aide-mémoire présente l'état de la réglementation applicable, à jour au 1er avril 2010 : cadre général ; évaluation des risques biologiques ; mesures de prévention techniques et organisationnelles, communes à tous les secteurs, et spécifiques à certaines activités (en cas de contact avec des personnes ou avec des animaux contaminés par des agents biologiques pathogènes ; laboratoires et certains procédés industriels et agricoles ; gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)) ; information et formation des travailleurs ; surveillance médicale. En annexe : rappel des textes applicables.

**LE BACLE C. Les risques biologiques en milieu professionnel. Point de repère PR 28. Hygiène et sécurité du travail. Cahiers de notes documentaires, n° 207, 2e trimestre 2007, pp. 85-96, ill., bibliogr.**

Synthèse sur la prise en compte du risque biologique au sein des entreprises : approche par type de dangers biologiques et approche par type d'activités concernées.

**LAFON D. (Ed) ; ABADIA G. ; BASILE S. ; BASTIDE J.C. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CAMPO P. ; CARON V. ; FALCY M. ; GANEM Y. ; GAURON C. ; LE BACLE C. ; MEYER J.P. ; RADAUCEANU A. ; SAILLENFAIT A.M. ; SOUDRY C. ; BIJAOU I. ; HEITZ C. ; PAYAN D. ; et coll. Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? Avis d'experts. EDP Sciences (17 avenue du Hoggar, Parc d'activités de Courtaboeuf, BP 112, 91944 Les Ulis Cedex A), 2010, 561 p., ill., bibliogr.**

Chaque année, près de 530 000 enfants naissent de mères ayant eu une activité professionnelle durant leur grossesse et la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Cependant, malgré toutes les mesures prises, un certain nombre de grossesses présente des complications pouvant avoir des répercussions sur l'enfant : avortement, mort fœtale, naissance prématurée, retard de croissance intra-utérin, malformations congénitales, retard de développement psychomoteur. La part de responsabilité des expositions professionnelles sur ces issues défavorables suscite des interrogations fréquentes. Ce nouvel avis d'experts propose une mise au point sur les connaissances actuelles de l'impact potentiel des expositions professionnelles sur le déroulement de la grossesse, et plus particulièrement sur les effets pour l'enfant à naître. De nombreux risques sont ainsi abordés : chimiques, biologiques, rayonnements ionisants, ondes électromagnétiques, travail physique, bruit, stress, horaires irréguliers ou de nuit. L'ouvrage détaille également la réglementation en la matière, ainsi que les résultats des études épidémiologiques consacrées à diverses professions. Enfin, des recommandations sont émises avec pour objectif l'amélioration de la prise en charge de ces risques en milieu professionnel.

**TESTUD F. ; ABADIA-BENOIST G. Risques professionnels chez la femme enceinte. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-660-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulin, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2010, 11 p., ill, bibliogr.**

Plus de 80 % des françaises en âge de procréer exercent une activité professionnelle : le retentissement de l'exposition maternelle (chimique, microbiologique et/ou physique) sur le produit de conception est de ce fait une préoccupation forte des salariées et du corps médical qui les suit. De très nombreuses études épidémiologiques ont été conduites pour mettre en évidence l'impact des nuisances du travail sur le déroulement et l'issue de la grossesse. Concernant le risque chimique, les expositions identifiées comme réellement à risque chez la femme enceinte sont les solvants organiques, certains métaux lourds, les antimétabolites, les anesthésiques gazeux et quelques pesticides, maintenant interdits. Une synthèse des études disponibles sur ces substances est présentée. Pour ce qui est du risque biologique, plusieurs micro-organismes peuvent interférer avec le déroulement de la grossesse, qu'ils entraînent des malformations de l'enfant (virus de la rubéole, toxoplasme, cytomegalovirus, etc), une issue défavorable de la grossesse (Listeria, Coxiella, etc) ou les deux. Les principales professions concernées sont les professions de santé, de l'enfance ou en contact avec des animaux. Dans le domaine des risques physiques, les rayonnements ionisants sont identifiés depuis longtemps comme responsables d'embryopathie ; les mesures de limitation et d'optimisation de la dose protègent la femme enceinte. Pour les rayonnements non ionisants, les données actuellement disponibles sont

rassurantes mais les recherches doivent être poursuivies. Enfin, concernant les nuisances liées aux ambiances, à la charge ou à l'organisation du travail, c'est surtout leur cumul qui peut augmenter le risque de prématurité et éventuellement d'hypotrophie fœtale. Les salariées doivent être incitées à déclarer précocement leur grossesse, ou mieux leur projet de grossesse, au médecin du travail. Une caractérisation du risque fondée sur l'identification des dangers et l'évaluation quantifiée, métrologique et/ou biométrologique, de l'exposition est le plus souvent réalisable. Le praticien peut se faire aider par des organismes ressources, disposant des moyens documentaires et du savoir-faire nécessaires ; le médecin du travail juge alors de l'opportunité d'un maintien au poste, d'un aménagement ou d'une éviction. Un suivi systématique de l'issue des grossesses exposées en milieu de travail devrait être mis en place.

**SOUDRY C. Salariées en état de grossesse. Hygiène, sécurité, conditions de travail et surveillance médicale. 5e édition mise à jour novembre 2008. Aide-mémoire juridique 14. TJ 14. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2008, 15 p.**

Cet aide-mémoire fournit les principales données légales et réglementaires d'hygiène et de sécurité ayant pour but de protéger les salariés en état de grossesse. Une liste des principaux textes complètent ce document. Au sommaire : 1. Hygiène et sécurité, emplois interdits ou réglementés (risques biologiques, risques chimiques, risques physiques). 2. Conditions de travail (rôle du CHSCT, charge physique, horaires de travail, confort du poste de travail, adaptation du travail, affectations temporaires et transformations de postes). 3. Surveillance médicale.

GRILLET J.P. ; ABADIA G. ; BERNARD C. ; DUPUPET J.L. ; et coll. Pathologie en milieu professionnel agricole. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-538-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2009, 10 p., ill, bibliogr.

Les activités agricoles au sens de l'affiliation au régime de protection sociale agricole sont diverses : elles couvrent la production agricole, la coopération et donc une partie de l'industrie agroalimentaire et le secteur tertiaire (banque, assurance). Seules les activités comportant des risques spécifiques (polyculture, cultures spécialisées, élevage, forêt, coopératives, abattoirs, jardins espaces verts, viticulture) sont traitées ici, à l'exclusion du secteur tertiaire. Elles représentent plusieurs centaines de situations de travail et près d'un million de salariés, en majorité temporaires ou saisonniers. Pour les neuf situations retenues sur la base de leur spécificité et du nombre de personnes concernées, les principaux risques professionnels, les modalités de la prévention sont décrits. Les risques spécifiques à l'agriculture (phytosanitaire, biologique, machinisme) sont plus particulièrement abordés.

**DELEMOTTE B. ; CONSO F. (Ed) ; BERGERET A. (Ed). Santé au travail en milieu agricole. Collection Médecine du travail. Masson (21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9), 2004, 205 p., ill., bibliogr.**

La santé au travail en milieu agricole a des caractères bien particuliers et sa spécificité est reconnue sur le plan législatif et réglementaire. En effet, les travailleurs de l'agriculture ne sont pas uniquement ceux qui travaillent dans les exploitations agricoles et forestières, mais également les salariés d'une partie des industries agroalimentaires (IAA) et des entreprises connexes ou liées à l'agriculture. Cet ouvrage aborde donc les différents aspects à la fois socio-démographiques, techniques, pathologiques et réglementaires de cette population. L'évolution des techniques de production, la spécialisation des élevages et des cultures ont conduit à l'apparition de nouvelles pathologies et à la nécessité d'adapter des stratégies de prévention impliquant tous les intervenants et à la révision périodique de la classification des maladies professionnelles du régime agricole. Les trois grandes parties de cet ouvrage portent sur les populations dites agricoles et leurs organisations, la réglementation spécifique en matière de santé et de sécurité au travail, les risques des métiers de l'agriculture et les politiques de prévention mises en place ces trente dernières années. La santé au travail en milieu agricole doit rester évolutive, prête à se remettre en cause. Les populations surveillées, les techniques et les modes opératoires changent. La surveillance médicale doit s'adapter à ces évolutions pour être efficace. S'appuyant comme par le passé sur les connaissances des chercheurs et des universitaires, les médecins du travail agricoles doivent être en éveil, à l'écoute des professionnels des métiers agricoles, au service de l'homme au travail.

**Zoonoses en milieu professionnel. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris, Cedex 14), 2009, 1 dossier, non paginé, ill.**

Les zoonoses sont des maladies infectieuses ou parasitaires des animaux transmissibles à l'homme, y compris lors d'activités professionnelles. Certaines de ces maladies peuvent être très graves. Au-delà des métiers de l'élevage, de nombreuses activités sont concernées : commerces d'animaux, parcs zoologiques, abattoirs, travaux en forêt, taxidermie, équarrissage, métiers de l'environnement. Ce dossier dresse un état des lieux et présente les notions fondamentales à connaître en matière de prévention des zoonoses en milieu professionnel. Des fiches pratiques sur les principales zoonoses rencontrées en milieu professionnel sont téléchargeables.

ABADIA G. ; PICU C. Zoonoses d'origine professionnelle. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-100-A-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier (23 rue Linois, 75724 Paris Cedex 15), 2005, 10 p., ill., bibliogr.

Les zoonoses sont des maladies transmises à l'homme par les animaux, sauvages ou domestiques. Elles sont nombreuses, varient dans le temps et dans l'espace, et sont en constante évolution. Une surveillance accrue de ces maladies est donc nécessaire, d'autant que l'on constate l'émergence de nouvelles affections ou la réémergence d'autres que l'on croyait disparues. L'activité professionnelle et le contact avec les animaux sont des manières fréquentes de se contaminer. La connaissance de la chaîne épidémiologique de transmission, du réservoir à l'hôte, permet de se protéger en limitant le risque à sa source quand c'est possible (prévention vétérinaire et police sanitaire), en appliquant des mesures d'hygiène des locaux et individuelles strictes, et en portant des équipements de protection individuelle adaptés à la porte d'entrée du germe responsable. L'information des travailleurs sur le risque est une autre action fondamentale de prévention. Les principales zoonoses d'origine professionnelle sont présentées brièvement, ainsi que les moyens de prévention.

**ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles à l'homme et aux animaux. Volume 1 : bactérioses et mycoses. 3e édition. Office international des épizooties, Organisation mondiale de la santé animale (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 382 p., ill., bibliogr.**

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le premier est consacré aux bactérioses et mycoses. Première partie : bactérioses (actinomycose, aéromonose, botulisme, brucellose, campylobactériose, colibacillose, corynébactériose, dermatophilose, entérocolite à *Clostridium difficile*, érysipèles animaux et érysipéloïde humaine, fièvre charbonneuse, fièvre due à la morsure de rat, fièvre récurrente transmise par les tiques, infection à *Capnocytophaga canimorsus* et à *C. cynodegmi*, infections clostridiennes des blessures, lèpre, leptospirose, listériose, maladie de Lyme, maladie due aux griffures de chat, maladies causées par des mycobactéries non tuberculeuses, mélioïdose, nérobacillose, nocardiose, pasteurellose, peste, pseudotuberculose à *Yersinia*, rhodococcose, salmonellose, shigellose, streptococcie, tétanos, toxi-infection alimentaire due à *Vibrio parahaemolyticus*, toxi-infections alimentaires à clostridies, toxi-infections alimentaires à staphylocoques, tuberculose zoonosique, tularémie, yersiniose entérococlitique (entérocolite à *Yersinia*)). Deuxième partie : mycoses (adiaspiromycose, aspergillose, blastomycose, candidose, coccidioidomycose, cryptococcose, dermatophytoses, histoplasmoses, infections d'origine phycéique, mycétome, rhinosporidiose, sporotrichose, zygomycoses).

ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 2 : chlamydioses, rickettsioses et viroses. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 405 p., ill., bibliogr.



Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le second est consacré aux chlamydioses, rickettsioses et viroses. Chlamydioses et rickettsioses : rickettsiaceae, chlamydie aviaire, fièvre boutonnière, fièvre pourprée des montagnes rocheuses, fièvre Q, infections causées par Bartonella Henselae, ixodo-rickettsiose asiatique, rickettsiose varicelliforme, typhus des broussailles, typhus murin, typhus à tiques du Queensland, typhus-zoonose causé par Rickettsia prowazekii. Viroses : chorioméningite lymphocytaire, dengue, ecthyma contagieux, encéphalite californienne, encéphalites équine de l'est, de l'ouest, vénézuélienne, encéphalites japonaise, de Powassan, de Rocio, de Saint-Louis, de la vallée de Murray, printemps-été de Russie et d'Europe centrale, encéphalomyélite ovine, encéphalomyocardite, encéphalopathies spongiformes de l'homme et des animaux, fièvres aphteuse, Chikungunya, due aux Bunyavirus du groupe C, fièvres hémorragiques argentine, bolivienne, brésilienne, de Crimée-Congo, d'Omsk, du Venezuela, fièvres d'Illéus, jaune, de Lassa, de Mayaro, du Nil occidental, d'Oropouche, d'Orungo, de Sindbis, fièvre à tiques du Colorado, fièvre de la vallée du Rift, gastro-entérite à rotavirus, grippe, hépatites virales de l'homme et des singes, herpès simplex (type 1), infection à Herpesvirus simiae, infection par le virus de la vaccine, maladies d'Ebola, de la forêt de Kyasanur, de Marburg, de Newcastle, maladie vésiculeuse du porc, maladie de Wesselsbron, maladies dues aux hantavirus, polyarthrite épidémique, pseudovarivole bovine, rage, rougeole, stomatite papuleuse bovine, stomatite vésiculeuse, variole bovine (cowpox), varioles des singes.

ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 3 : zoonoses parasitaires. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 399 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le troisième est consacré aux zoonoses parasitaires. Protozooses : amibiases, babésioses, balantidiose, cryptosporidiose, cyclosporoïse, giardiose, infections causées par les amibes libres, leishmanioses cutanées, viscérales, microsporidiose, paludisme chez les primates non humains, sarcocystose, toxoplasmose, trypanosomose africaine, américaine. Helminthoses : trématodes (clonorchiose, dermatite cercarienne, dicrocoélie, échinostomose, fasciolose, fasciolopsiose, gastroduodéniotose, hétérophylidose, nanophyétéose, opisthorchiose, paragonimiose, schistosomiase) ; cestodoses (bertiellose, cénurose, cysticercose, diphyllobothriose, dipylidose, hydatidose, hyménoélépiose, inermicapsiférose, mésocestoïdose, raillietose, sparganose, téniase) ; acanthocéphaloses et nématodoses (acanthocéphalose, angiostrongylose, anisakiose, ankylostomose zoonotique, ascaridiose, baylisascariose, capillariose, dioctophymose, dracunculose, filarioses zoonotiques, gnathostomose, gongyloïdose, lagochilascariose, larva migrans cutanée, viscérale et toxocarose, mammomonogamose, micronémose, oesophagostomose et ternidensiose, strongyloïdose, thélaziose, trichinellose, trichostomose, trichuriasis d'origine animale). Arthropodes : dermatose due à des acariens d'origine animale, gales zoonotiques, infestations par des tiques, myiases, pentastomose, tungose.

**PIROTH L. (Ed) ; PULCINI C. (Ed) ; RAPP C. (Ed). E. Pilly. Maladies infectieuses et tropicales 2014. ECN. Pilly 2014. 24e édition. 3e édition. Alinéa Plus (8 rue Froidevaux, 75014 Paris), 2013, 623 p., 287 p., ill., bibliogr.**

Pour cette 24ème édition du PILLY, le Comité de rédaction représentant le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) a, une fois encore, effectué une mise à jour exhaustive de l'ouvrage portant notamment sur les nouvelles stratégies antibiotiques, antivirales, antiparasitaires ou vaccinales. Cette édition, dans la continuité des précédentes, reprend, actualise et incrémente les différents aspects épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des pathologies infectieuses et tropicales. Outre la contribution essentielle des membres du CMIT, un nombre croissant d'auteurs appartenant à d'autres spécialités viennent apporter leur contribution à cet ouvrage. Au sommaire : anti-infectieux (antibiotiques, antiviraux), conduite à tenir devant (une fièvre, un choc septique, un purpura fébrile, etc.), infections selon le site, infections selon le pathogène (infections bactériennes, virales, parasitaires, fongiques), infections et situations particulières (voyage en pays tropical, chez les migrants, d'Outre-mer, infections et grossesse, néonatales, chez le sujet âgé, chez le neutropénique, infections et immunodépressions, chez l'usager de drogue intraveineuse), infections nosocomiales et hygiène hospitalière, prévention et santé publique (tests diagnostiques, surveillance des maladies infectieuses en France, déclaration obligatoire, éviction et prophylaxie collective, toxi-infections alimentaires et risques liés à l'eau et à l'alimentation, infection et travail, maladies professionnelles et accidents du travail, accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC, bioterrorisme, pandémie, vaccinations). L'ECN.Pilly (3e édition) entre dans une nouvelle phase, avec la réforme des études médicales et la mise en place du programme de deuxième cycle Master Médecine. Aussi, cette édition inclut-elle à la fois le programme et les objectifs du programme ECN 2007, et le nouveau programme détaillé dans l'arrêté d'avril 2013, de façon à ce que chacun puisse utiliser l'ouvrage en fonction de son cursus personnel. Afin de répondre aux objectifs du nouveau programme, quatre nouveaux chapitres ont été ajoutés. Quinze dossiers cliniques ECN (examen classant national) inédits (selon le format ECN classique) couvrant les principaux items du programme ont été inclus. Les chapitres de l'ECN.Pilly (rédigés par les mêmes auteurs que ceux du E. Pilly correspondant), n'incluent bien évidemment pas toutes les données de ceux-ci. Les étudiants sont donc invités à se référer au E. Pilly pour parfaire leurs connaissances, notamment quant aux posologies des anti-infectieux. Les références données à titre indicatif à la fin de chaque chapitre E. Pilly sont une invitation à approfondir le sujet. Par ailleurs, de nouvelles recommandations sont susceptibles d'être publiées entre la date de mise à disposition des deux ouvrages et la date des ECN, et il est donc fortement conseillé aux étudiants de visiter régulièrement le site [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com).

#### Atlas de dermatologie professionnelle

Cet atlas iconographique a pour objectif de contribuer à une meilleure prévention de dermatoses professionnelles en permettant de fiabiliser et d'uniformiser les diagnostics. En effet il apporte une aide pour les diagnostics positif, différentiel et étiologique.

<http://www.atlasdermatologieprofessionnelle.com/index.php/Accueil>

**CREPY M.N. ; NOSBAUM A. ; BENSEFA-COLAS L. Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-533-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2013, 23 p., ill., bibliogr.**

Les dermatoses professionnelles sont la deuxième cause de maladies professionnelles dans de nombreux pays. Devant une éruption cutanée, surtout si elle siège aux mains, il faut rechercher un lien entre la dermatose et l'activité professionnelle en précisant la profession du patient, les produits manipulés et la rythmicité de l'éruption par rapport au travail. Les dermatoses professionnelles les plus fréquentes sont les dermatites de contact, surtout les dermatites de contact d'irritation et les dermatites de contact allergiques, plus rarement les urticaires de contact et les dermatites de contact aux protéines. Les causes de dermatites de contact professionnelles sont très souvent multifactorielles, associant facteurs environnementaux professionnels et parfois non professionnels (irritants chimiques, physiques, allergènes) et des facteurs endogènes (principalement la dermatite atopique). Le diagnostic d'une dermatite professionnelle doit être le plus précoce possible. Il nécessite un bilan allergologique en

milieu spécialisé conduit à l'aide des compositions des produits professionnels obtenues auprès des médecins du travail (compositions qui permettent d'orienter le choix des batteries de tests et les dilutions des produits professionnels). Il permet de traiter plus rapidement le patient, d'améliorer son pronostic médical et de favoriser le maintien au poste de travail. Les deux facteurs essentiels à la prévention médicale sont la réduction maximale du contact cutané avec les irritants et l'éviction complète du contact cutané avec les allergènes auxquels le patient est sensibilisé. Les autres dermatoses professionnelles sont aussi abordées. Dans bon nombre de cas, une déclaration en vue d'une reconnaissance en maladie professionnelle peut être conseillée au patient souffrant d'une dermatose liée au travail. L'avis du médecin du travail ou d'un service de pathologie professionnelle est le plus souvent utile afin de caractériser la dermatose, son étiologie et d'aider le patient dans ses démarches.

LODDE B. ; ROGUEDAS A.M. Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Dermatologie 98-800-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2014, 14 p., ill., bibliogr.

Les dermatoses professionnelles correspondent aux atteintes cutanées dont la cause peut résulter, en tout ou en partie, des conditions dans lesquelles le travail est exercé. Leur fréquence est élevée puisqu'on estime qu'elles représentent environ 10 % de la pathologie cutanée générale et que 1 % de l'ensemble des travailleurs français serait gêné par des dermatoses professionnelles chroniques. Le diagnostic est souvent difficile non seulement parce qu'il se révèle compliqué d'identifier avec certitude l'agent en cause sur le lieu de travail et qu'en plus, dans bon nombre de cas, les dermatoses professionnelles sont d'origine multifactorielle, mais également parce que l'atteinte cutanée n'est pas toujours inscrite au cadre nosographique des tableaux de maladies professionnelles indemnisables, ce qui ne facilite pas leur repérage épidémiologique. Il existe des dermatoses provoquées par des agents physiques (gelures, radiodermatites, etc.) ou chimiques (dermite d'irritation, eczéma, etc.) mais également des dermatoses provoquées par des agents biologiques (gale, maladie du Rouget de porc, etc.). Leur prise en charge médicoprofessionnelle (même tardive) peut passer par une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle et leur traitement principal consiste à supprimer le ou les facteurs à l'origine de la maladie imposant parfois un changement du procédé de travail ou de poste pour le travailleur atteint.

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014. Mis à jour le 15/05/2014. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé (14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP), 2014, 55 p., ill.

*La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales générales et des recommandations vaccinales particulières propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles. Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours à l'étranger font l'objet d'un avis spécifique du HCSP actualisé chaque année. Ces recommandations sont publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) "Recommandations sanitaires pour les voyageurs" : elles ne sont pas incluses dans le calendrier vaccinal. Par ailleurs, le calendrier insère des recommandations vaccinales spécifiques pour les personnes immunodéprimées ou aspléniques, leur entourage proche et les professionnels de santé à leur contact. Points-clés sur les nouvelles recommandations : générales et situations spécifiques. Recommandations : coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, fièvre jaune, grippe saisonnière, hépatite A, hépatite B, leptospirose, méningocoques, papillomavirus humains, pneumocoque, rage, rougeole, oreillons, rubéole, tuberculose, typhoïde, varicelle. Calendrier des vaccinations : tableaux synoptiques (en particulier : tableau des vaccinations en milieu professionnel, en complément des vaccinations recommandées en population générale, à l'exclusion des voyageurs, des militaires ou autour de cas de maladies ; tableau de correspondances entre les valences vaccinales recommandées dans le calendrier vaccinal et les vaccins disponibles en France ; tableaux de transition entre ancien et nouveau calendrier vaccinal introduit en 2013 ; algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé contre l'hépatite B ; prévention du tétanos, recommandations de prise en charge des plaies).*

CAUMES E. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2014 (à l'attention des professionnels de santé). Avis du Haut Conseil de la santé publique du 28 avril 2014. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 16-17, 3 juin 2014, pp. 261-264, ill.

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMI) et approuvées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) lors de la séance du 28 avril 2014 de la Commission spécialisée maladies transmissibles. Elles tiennent compte des données du Centre national de référence (CNR) du paludisme, du CNR des arboviroses, de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) pour les vaccins et médicaments. Les recommandations figurant dans ce document ne peuvent prendre en compte l'évolution des risques et l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, et sont donc susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la situation internationale. Les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage, sont fréquemment victimes de problèmes de santé. Le taux de voyageurs malades varie de 15 % à 70 % selon les études, en fonction du type de voyageurs, des destinations et des conditions de séjour. La diarrhée est toujours le plus fréquent des problèmes de santé en voyage, avec les affections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. Les études les plus récentes montrent aussi l'émergence de pathologies non infectieuses : mal d'altitude, mal des transports, traumatismes et blessures, d'origine accidentelle mais aussi intentionnelle. Si les étiologies infectieuses des décès ou des pathologies graves, imposant une évacuation sanitaire, sont peu fréquentes, c'est en grande partie parce que les recommandations qui suivent permettent de les éviter. Les voyageurs ayant été hospitalisés au cours de leur voyage ou rapatriés sanitaires présentent un risque de portage de bactéries multirésistantes (BMR) qui doit faire l'objet d'un dépistage en cas d'hospitalisation dans une structure de soins. Cette version 2014 se distingue des précédentes par la partie très importante consacrée à la prise en compte de maladies d'importation, souvent d'apparence banale au retour de voyages (pneumopathies, fièvre, dermatose), mais susceptibles de générer des problèmes de santé publique en France par leur capacité à s'y implanter. Pour le reste, ces recommandations sont dans la lignée de celles des années précédentes, plutôt focalisées sur la prévention des maladies infectieuses basée sur le triptyque vaccinations, chimioprophylaxie et règles hygiéno-diététiques. Cette année, l'actualisation des éléments de ce triptyque a surtout porté sur certaines nouvelles vaccinations (antiméningocoques par exemple) et sur les répulsifs, la disparition de quelques spécialités étant compensée par l'apparition de nouvelles.

## DOCUMENTS SPECIFIQUES EN LIEN AVEC LE TABLEAU ET DISPONIBLES A L'INRS

BERNARD L. ; CARON F. ; CAUMES E. ; CHIDIAC C. ; et coll. E. Pilly 2006. Maladies infectieuses et tropicales. 20e édition. Vivactis Plus, 2006, 747 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage traite de tous les aspects relatifs aux maladies infectieuses et tropicales. Pour l'édition 2006, le comité de rédaction a souhaité effectuer une mise-à-jour complète de l'ouvrage. Des chapitres nouveaux, des questions du programme de l'Examen Classant National (éosinophilie, splénomégalie, bronchiolite aiguë du nourrisson, ulcérations des muqueuses) ou des sujets d'actualités (légiellose, viroses respiratoires, papillomavirus, infection à *Helicobacter pylori*, surveillance et veille épidémiologiques) ont été ajoutés à cette édition. Le Comité de rédaction a tenu compte des recommandations officielles les plus récentes. Les plans des chapitres ont été harmonisés et de nombreux chapitres ont été construits sous la forme pratique "conduite à tenir". Au sommaire : agents anti-infectieux (antibiotiques, antiviraux, antifongiques, antiseptiques, etc.), conduites à tenir devant différents symptômes, infections selon le site, infections selon le pathogène (infections bactériennes, virales, parasitaires, fongiques, et liées à d'autres agents), infections sur situations particulières (voyage en pays tropical, chez les migrants, néonatales, chez les sujets âgés, chez le neutropénique, etc.), infections nosocomiales - hygiène hospitalière, prévention - santé publique (tests diagnostiques, surveillance des maladies infectieuses en France, toxi-infections alimentaires, risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation, antibioprophyllaxie en chirurgie, infection et travail - maladies professionnelles et accidents du travail, accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC, bioterrorisme).

Vivactis Plus, 17 rue Jean Daudin, 75015 Paris

Investigation autour d'un cas importé de fièvre hémorragique Crimée - Congo en France, novembre 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 16, 19 avril 2005, pp. 61-62, ill., bibliogr.

Le virus de la fièvre hémorragique Crimée-Congo (FHCC) est un nairovirus de la famille des Bunyaviridae identifié en 1956 au Congo et en 1967 en Russie. Ce virus est enzootique dans le sud de l'Europe (Balkans), en Russie, Chine, Turquie, au Moyen-Orient, en Afrique subsaharienne. Il provoque des cas sporadiques chez l'homme, parfois associés à une transmission secondaire en milieu de soins. Le virus peut être transmis par plusieurs espèces de tiques ixodidées, principalement des *Hyalomma* et *Amblyomma*. L'incubation est de l'ordre de 2-7 jours et la virémie de l'ordre de 10 jours. Ce cas de FHV (fièvre hémorragique virale) importée a été hospitalisé pendant 9 jours dans un CHU (centre hospitalier universitaire) français sans que des mesures particulières n'aient été prises (autres que l'hospitalisation de la patiente en chambre seule et le respect des précautions standard). Cet article présente l'investigation mise en œuvre pour détecter d'éventuels cas secondaires parmi le personnel de soins.

GUIGNARD A. ; MALLETT N. 7 questions-réponses sur les déchets d'activité de soins à risques infectieux. *Revue de l'infirmière*, n° 107, janvier 2005, pp. 25-26, ill., bibliogr.

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) nécessitent une éviction réglementée. La responsabilité des professionnels de santé est engagée. L'article propose sous forme de 7 questions ce qu'il faut absolument savoir sur le sujet.

Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse. Recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, décembre 2004. *Hygiènes*, vol. 13, n° 2, avril 2005, pp. 77-156, ill., bibliogr.

Ce document est le fruit des travaux d'un groupe pluri-professionnel réuni à l'initiative de la SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière), et qui répondait à une demande formulée par le Comité technique national des infections nosocomiales. Il a été réalisé avec l'objectif de présenter une synthèse de la littérature sur le risque infectieux en hémodialyse et de proposer des recommandations argumentées par des études ou découlant d'un consensus du groupe de travail en l'absence de preuves formelles. Au sommaire : risque infectieux en hémodialyse (infections bactériennes, virales, et risque lié aux agents transmissibles non conventionnels) ; surveillance épidémiologique et signalement des infections en hémodialyse ; les accidents d'exposition au sang (AES), données épidémiologiques et prévention (taux et facteurs de risque de transmission, données épidémiologiques sur les AES en hémodialyse, prévention des AES) ; hygiène lors des soins aux patients ; conception des locaux ; désinfection et maintenance des générateurs d'hémodialyse et hygiène et sécurité du personnel.

REIGNIER F. ; ROMANO L. ; THIRY N. ; BEUTELS P. ; et coll. Séroprévalence de l'immunité au virus de la varicelle et du zona chez le personnel de crèche et de halte-garderie à Lyon (France). *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 35, n° 4, avril 2005, pp. 192-196, ill., bibliogr.

La varicelle constitue un risque professionnel potentiel pour les employés non immuns travaillant en institutions pédiatriques. Afin de déterminer si une politique de vaccination ciblée devrait être envisagée, la séroprévalence de l'immunité au virus de la varicelle et du zona (VZV) a été évaluée chez le personnel de crèche et de halte-garderie à Lyon. Entre mars et mai 2001, 241 sérums ont été analysés (test Elisa). Les antécédents rapportés de varicelle ont été collectés à l'aide de questionnaires en deux temps : avant et après consultation des documents médicaux ou d'autres sources d'information. La séroprévalence de l'immunité au VZV était de 99,6 %. La valeur prédictive positive des antécédents de varicelle était > 99 %, ce qui indiquait qu'une déclaration d'antécédent de varicelle constitue une approximation raisonnable du statut sérologique VZV. Cependant, seuls 68 à 71 % des sujets séropositifs ont rapporté un antécédent de varicelle. Tous les travailleurs ne rapportant aucun antécédent de varicelle étaient séropositifs. La quasi-totalité du personnel pédiatrique présentant des anticorps, il n'a pas été possible d'identifier des sous-populations à risque candidates à la vaccination contre la varicelle. La séroprévalence du VZV dans notre échantillon étant vraisemblablement supérieure à celle de la population générale adulte (94-96,3 %), la vaccination des jeunes recrues non immunes avant les premières expositions au virus, voire la vaccination des étudiants se destinant à une carrière en institutions pédiatriques, pourrait présenter un intérêt.

CHRISTEN G. ; TAGAN D. Infection à *Neisseria meningitidis* acquise en laboratoire. *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 34, n° 3, mars 2004, pp. 137-138, ill., bibliogr.

*Neisseria meningitidis* est une cause fréquente de méningite et de septicémie chez l'adulte jeune, pouvant occasionnellement se compliquer d'une atteinte respiratoire notamment une pneumonie (dans 5 à 15 % des cas d'infections invasives par le méningocoque), moins fréquemment d'une atteinte focale d'autres organes. Cette bactérie est habituellement transmise par contact avec des sécrétions ou des aérosols issus du nasopharynx. Bien qu'elles soient régulièrement isolées, les infections acquises en laboratoire clinique sont rares, mais possiblement en augmentation. Cet article rapporte un cas de méningococcémie, compliquée d'une péricardite purulente, acquise dans un laboratoire suisse. Bien que l'infection en laboratoire par le méningocoque soit aujourd'hui bien décrite, de nouveaux cas continuent à être rapportés du fait de l'absence de généralisation des mesures de protection adaptées. La survenue de ce cas a modifié la pratique dans le laboratoire employant la patiente, laboratoire qui se trouvait pourtant dans une zone touchée par une épidémie de méningite à méningocoque deux ans auparavant.

MAGRO C. Ectoparasites. Chercher les petites bêtes. *HMH. Hygiène en milieu hospitalier*, n° 65, mars-avril 2004, pp. 16-21, ill.

Comme tout lieu de vie, un établissement de santé peut être infesté par des ectoparasites, qui sont autant de vecteurs potentiels d'infections, mais surtout de fantasmes. Ce dossier passe en revue les ectoparasites rencontrés sous nos latitudes. Le sarcopte : gale classique, gale "norvégienne". La tique : dermatoses, allergies, et vecteur de maladies (typhus exanthématique, maladie de Lyme). Le pou : dermatoses (pédiculose, phthirase), et vecteur du typhus. La punaise : irritations sévères, et vecteur de la maladie de Chagas. La puce : allergie, et vecteur de maladies graves (typhus murin, helminthiase, tularémie, angiomatose bacillaire, peste). Le moustique : vecteur de la malaria (paludisme) et d'arboviroses (fièvre jaune, dengue). Sont présentés également la conduite à tenir en cas de parasitose, et les moyens de lutte (pour le patient, le personnel et l'environnement).

ABITEBOUL D. ; AGGOUNE M. ; BALTU I. ; BONNET N. ; et coll. Guide des matériels de sécurité. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux, 2004, 71 p., ill., bibliogr.

Ce guide présente les matériels de protection contre les accidents exposant au sang (AES) actuellement disponibles en France et référencés par la Commission matériels du GERES, sans toutefois prétendre à l'exhaustivité. Il a été conçu pour aider les professionnels et les établissements à mieux connaître ces moyens de protection. Les matériels sont regroupés en 15 rubriques en fonction du geste de soins, selon une classification établie par le GERES, et font l'objet d'un descriptif synthétique : fabricant ou fournisseur, prix indicatif lorsqu'il est disponible, caractéristiques du produit données par le fabricant, recommandations d'utilisation. Pour chaque classe de dispositifs, des recommandations sont formulées concernant les risques spécifiques au geste et les moyens de prévention en termes de matériels protégés. Une évaluation complémentaire (test d'acceptabilité et de perception d'un gain de sécurité par les soignants, dans des hôpitaux du réseau GERES) a été réalisée pour certains matériels ; pour ces matériels, l'indication d'évaluation est mentionnée. Aucune évaluation du bénéfice réel apporté par un matériel de sécurité n'a été réalisée. En introduction, sont rappelées les recommandations générales pour la prévention des AES. Des fiches de synthèse sur les gestes et les éléments de prévention spécifiques à certaines spécialités (bloc opératoire, réanimation, hémodialyse, laboratoire, odontostomatologie), élaborées en collaboration avec des professionnels des disciplines concernées, sont présentées en complément ainsi qu'un rappel des précautions standard.

GERES, Faculté de médecine Xavier Bichat, 16 rue Henri Huchard, BP 416, 75870 Paris Cedex 18

CHARBOTEL B. ; FORISSIER M.F. ; HOURS M. ; BERGERET A. Revue sur les risques professionnels liés à l'élimination des déchets d'activité de soins. *Archives des maladies professionnelles*, vol. 64, n° 2, avril 2003, pp. 100-105, ill.

Sous l'impulsion d'évolutions réglementaires, le traitement des déchets d'activité de soins a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Cette revue de la littérature fait le point sur les risques professionnels pour les salariés de la filière d'élimination de ces déchets. Différentes bases de données ont été interrogées pour cette recherche bibliographique. L'utilisation de différents mots clés a permis de cibler chacune des étapes de la filière de traitement des déchets d'activité de soins. Le risque majeur est représenté par le risque biologique. Dans les premières étapes de l'élimination des déchets, l'accident d'exposition au sang est associé au risque de contamination par les virus des hépatites et le virus de l'immunodéficience humaine. Le développement d'autres maladies infectieuses comme la tuberculose a été décrit chez des salariés en charge du traitement de déchets de laboratoires. Le risque chimique concerne plutôt les personnels affectés au traitement des déchets. Dans les établissements de soins, les déchets chimiques doivent être éliminés par des circuits particuliers et bien identifiés, de même que les déchets radioactifs ; cependant, il s'avère que ces circuits ne sont pas toujours opérants. Les risques liés à la manutention, moins médiatisés, sont pourtant importants et souvent mal maîtrisés. Le risque routier, peu étudié, ne devrait pas être négligé en raison de la gravité particulière de ces accidents du travail. L'évolution actuelle du traitement des déchets d'activité de soins se fait vers un tri accru avec comme objectif la réduction des coûts. Il paraît nécessaire que ces choix techniques prennent également en compte la maîtrise des risques pour les salariés.

LESSIRE M. ; MALLARET M.R. Fonction linge et hygiène dans les établissements de soins. *Hygiènes*, vol. 11, n° 4, septembre 2003, pp. 341-347, ill., bibliogr.

Cette revue de littérature relative à la fonction linge dans les établissements de soins, expose après un rappel des risques infectieux liés au linge en milieu de soins, les différents éléments permettant d'assurer la qualité du linge délivré aux services utilisateurs, et notamment de maîtriser sa contamination microbiologique. Les blanchisseries hospitalières doivent mettre en oeuvre des procédures permettant à la fois de réduire les risques infectieux nosocomiaux et les risques encourus par les professionnels dans le cadre du traitement du linge sale. Au sein des établissements de santé, des conseils doivent être donnés pour la mise en oeuvre de la collecte, du transport, du tri et du lavage du linge sale, des finitions, du stockage et du transport du linge propre afin que l'ensemble du personnel soit informé des procédures adéquates de traitement du linge. Les exigences, notamment normatives, applicables aux blanchisseries sont valables aussi bien pour un circuit complètement interne à l'établissement que dans le cas de circuit commercial extérieur à l'établissement.

VABRET A. ; VERDON R. ; BROUARD J. *Vademecum des maladies virales*. Aide-mémoire. Masson, 2003, 318 p., ill.

L'objectif de cet ouvrage est de donner aux médecins généralistes des indications claires, pratiques et mesurées sur les principales maladies virales rencontrées en pratique quotidienne en leur permettant de s'orienter, à partir de l'examen clinique, vers le virus, cause de la pathologie. Présenté sous forme d'une centaine de fiches pratiques classées par ordre alphabétique pour faciliter la recherche, il se divise en deux parties : les maladies virales (quand y penser, comment l'affirmer, penser aussi à..., quel traitement, quelle surveillance ?) ; les virus (nature du virus, épidémiologie, transmission, méthodes de détection, interprétation des résultats). Une série d'annexes vient renforcer le caractère pratique de l'ouvrage.

Masson, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

Dossier : Déchets d'activités de soins. La face cachée du soin . *HMH. Hygiène en milieu hospitalier*, n° 44, janvier 2002, pp. 12-18, ill., bibliogr.

La gestion des déchets d'activités de soins (DAS) a un impact important sur l'environnement, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital. C'est aussi une question de responsabilité et de respect. Les DAS nécessitent des conditions d'élimination spécifiques qui sont inhérents aux risques qu'ils présentent, notamment en matière de contamination infectieuse. L'incinération in situ a presque partout été abandonnée au profit d'une incinération centralisée. Parallèlement à cette évolution, de nouveaux procédés de pré-traitement des DAS à risques infectieux (DASRI) ont été développés. Ce dossier traite de la typologie des gisements (déchets hospitaliers, déchets médicaux diffus, déchets de soins des ménages), de leur importance quantitative, des aspects législatifs et réglementaires (législation et réglementation générales, réglementation spécifique aux DAS et aux DASRI, normes relatives aux DAS), du traitement et du pré-traitement des DASRI (incinération, pré-traitement, états des lieux), et enfin de la mise en oeuvre d'un "plan environnement hôpital" ou PEH.

THIÉBAUD D. Le vêtement : une barrière et un repère . *HMH. Hygiène en milieu hospitalier*, n° 46, mars 2002, pp. 15-20, ill.

À l'hôpital, la tenue vestimentaire a pour but de protéger à la fois le personnel, le patient et l'environnement. De ce fait, elle participe à la qualité de l'accueil et de l'hygiène. Elle revêt donc un intérêt particulier, malheureusement trop souvent négligé. Cet article expose les intérêts des tenues vestimentaires hospitalières en matière d'hygiène, de confort et de performance, ainsi que ses domaines d'application (tenue de travail de base, tenue spécifique). Il présente ensuite les différents objets de protection vestimentaire : les blouses (médicale, paramédicale, casaque, sur-blouse, tablier), les pyjamas, les coiffes, les gants (risques techniques, infectieux), les masques (risque infectieux, risque chimique), les chaussures et/ou sur-chaussures, etc. Enfin, il rappelle les règles de base pour l'habillement, les référentiels réglementaires et professionnels.

JAUDON P. (Ed). *Hygiène et propreté des surfaces en établissements de santé*. Collection Guides pratiques. PYC Livres, 2002, 157 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage de la collection des guides pratiques INHNI-FEP élaboré avec le concours du ministère de l'Education nationale, constitue une synthèse pratique sur la maîtrise des contaminations en établissement de santé, à l'usage des professionnels de l'hygiène des surfaces. Après une présentation de la problématique générale, sont abordés les chapitres suivants : 1. Les établissements de santé en France : structures, perspectives, accréditation, lutte contre les infections nosocomiales, acteurs. 2. La mémoire documentaire et dans le domaine du nettoyage et de la désinfection en milieu hospitalier : la réglementation nationale et européenne, les normes, les guides de bonnes pratiques et de recommandations. 3. Les établissements de soins dans la perspective des prestations de nettoyage et de désinfection. 4. Mise en oeuvre des opérations de nettoyage : désinfection - organisation - matériels - procédures. 5. Les produits de nettoyage et de désinfection. 6. Validation des opérations de nettoyage et des opérations de désinfection. 7. Le choix des personnels - Hygiène et propreté. 8. Consignes de sécurité. 9. Le management de la qualité (ISO 9001 :2000) et de l'environnement (ISO 14001) et leurs applications en établissements de santé. L'HACCP comme outil de maîtrise. 10. Obligations vis-à-vis de l'environnement. 11. Les limites des opérations de nettoyage et de désinfection. Un lexique est fourni en fin d'ouvrage, ainsi qu'une liste d'adresses utiles et de sites Internet.

PYC Livres, 15-29 rue Guilleminot, 75014 Paris

BRANCHU B. ; BANDT P. de ; MERRER J. ; BROSSARD D. *Hygiène des mains : choix d'un produit hydro-alcoolique adapté aux attentes des utilisateurs*. *Hygiènes*, vol. 10, n° 3, septembre 2002, pp. 227-231, ill., bibliogr.

L'objectif de l'étude était de choisir un produit hydro-alcoolique sur des critères d'efficacité, mais surtout de tolérance et d'acceptabilité par les utilisateurs afin de proposer une alternative au lavage des mains. Une liste non exhaustive de produits hydro-alcooliques a été établie. Deux sélections successives ont été réalisées : la première en fonction des dossiers techniques, de la taille des conditionnements, de la sensation sur les mains après une application ; la seconde par les utilisateurs sur la base de critères cosmétiques et d'utilisation grâce à une fiche d'évaluation. L'évaluation s'est déroulée sur 3 mois. 10 produits ont été étudiés : l'efficacité et la tolérance ont été démontrées pour tous et 3 produits éliminés après la première sélection. 272 fiches d'évaluation ont été remplies. 3 produits hydro-alcooliques ont satisfait pleinement les utilisateurs. Les préférences basées sur des critères subjectifs (odeur, sensation sur les mains, etc.) doivent être prises en compte avant l'introduction d'un produit hydro-alcoolique dans un établissement pour optimiser l'adhésion ultérieure de ces utilisateurs à ces produits. L'étape suivante sera une information intensive du personnel médical suivie d'un audit sur l'utilisation des produits choisis.

Endoscopie et sécurité . *HMH. Hygiène en milieu hospitalier*, n° 51, octobre 2002, pp. 21-28, ill.

La problématique du traitement des endoscopes n'est pas nouvelle, mais l'évolution des risques de contamination tels que décrits dans la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 entraîne une modification des pratiques tant en termes de niveaux de risques du site qu'en termes d'étapes et de conditions opérationnelles. Une nouvelle circulaire est annoncée dont l'objectif est de répondre à ces nouvelles dispositions qui abrogeront la circulaire n° 236 de 1996. Après un rappel sur l'endoscopie, les endoscopes, et le choix des endoscopes, cet article détaille les données actuelles sur les risques infectieux liés à l'endoscopie, sur la désinfection des endoscopes (glutaraldéhyde, acide peracétique, hypochlorites) avec une analyse comparative des deux circulaires, dresse un inventaire des traitements à venir (usage unique, stérilisation vapeur, plasma et ions, ozone, lave-endoscopes), et enfin propose quelques "questions-réponses" sur le site du ministère de la Santé [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

SIMON A. ; DURAND-BRUGUEROLLE D. Étude de poste des garçons d'amphithéâtres de l'hôpital de la Timone . *Archives des maladies professionnelles*, vol. 63, n° 8, décembre 2002, pp. 644-645.

Cette étude de poste a été réalisée en mars 2000 dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention de l'attestation du diplôme universitaire d'ergonomie dispensé à la faculté de médecine de Marseille. Les garçons d'amphithéâtres sont des agents hospitaliers qui ont pour tâches principales la réception des corps des personnes décédées au sein de l'hôpital, l'accueil des familles et l'entretien des locaux du dépôt (morgue) et, depuis peu, l'aide aux médecins légistes lors d'autopsies. Cette augmentation de la charge de travail et l'apparition de tâches supplémentaires se sont traduites par l'émergence de nouveaux risques professionnels : le risque chimique et le risque biologique.

Les agents biologiques et la santé au travail . Analyse des risques dans les hôpitaux. Bien-être au travail dans les hôpitaux. Ministère fédéral de l'Emploi et du Travail, sd, 24 p., ill., bibliogr.

Cette brochure a été rédigée en vue d'expliquer les dispositions de l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, qui est la transposition en droit belge de la directive européenne 90/679/CEE. Définitions et champ d'application. Effets des agents biologiques sur la santé (micro-organismes infectieux, toxines, allergènes). Évaluation du risque. Documents à rédiger par l'employeur. Prévention et confinement du risque (formation, information et instructions, mesures d'hygiène, mesures générales de prévention, mesures particulières). Surveillance de la santé (dossier médical). Vaccinations (procédures, fiche de vaccination, vaccinations obligatoires, et non obligatoires). Rôle du comité SHE PPT. Rôle du service interne PPT. Rôle du médecin du travail. Surveillance.

Ministère fédéral de l'Emploi et du Travail, rue Belliard 51, 1040 Bruxelles, Belgique

BEYTOUT J. ; LAURICHESSE H. ; REY M. Vaccinations . Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies infectieuses 8-002-Q-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2001, 14 p., ill., bibliogr.

Cette monographie fait le tour de la question des vaccinations : bases immunologiques (réponse immune, caractéristiques des pathogènes et immunogènes, voies d'administration des vaccins, etc.) ; efficacité des vaccins ; effets indésirables, contre-indications, précautions d'emploi ; infections à prévention vaccinale et vaccins correspondants (tétanos, diphtérie, coqueluche, HIB, tuberculose, méningocoques, pneumocoques, typhoïde, choléra, leptospiroses, maladie de Lyme, rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, grippe, poliomyélite, hépatite A, hépatite B, rage, fièvre jaune, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, diarrhées à rotavirus) ; pratique des vaccinations (associations vaccinales, indications et vaccinations professionnelles).

Editions scientifiques et médicales Elsevier, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

Etablissements de santé. Contrôles de l'environnement dans les zones à hauts et très hauts risques infectieux. Association pour la prévention et l'étude de la contamination, 1999, 47 p., ill., bibliogr.

Les contrôles de l'environnement des zones à hauts et très hauts risques infectieux des établissements de santé s'inscrivent dans la stratégie globale de maîtrise du risque infectieux nosocomial. Les mesures à mettre en oeuvre nécessitent alors une analyse des risques préalable qui est une garantie de leur adéquation et efficacité. Les prélèvements d'environnement (air, eau, surfaces) réalisés dans les différentes unités doivent être remis en cause périodiquement afin d'en améliorer la finalité. Le présent guide apporte des informations sur les contrôles de l'air (contrôles physiques, contrôles de l'aérobiocontamination), les contrôles des surfaces et les contrôles de l'eau. Ces contrôles s'inscrivent dans une démarche qualité, mais ne se substituent pas aux autres mesures de prévention à mettre en oeuvre dans ce milieu particulier.

ASPEC, 10 boulevard Diderot, 75012 Paris

BOUVET E. Prise en charge des infections à VZV. Prévention de la transmission du VZV en milieu hospitalier . Extrait de : 11e Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. "Prise en charge des infections à VZV". Lyon, 25 mars 1998. *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 28, n° spécial, novembre 1998, pp. 919-923, ill., bibliogr.

La varicelle, due au virus varicelle zona, est une infection particulièrement contagieuse dont la transmission en milieu hospitalier fait courir un risque important aux patients réceptifs immunodéprimés et aux personnels soignants non immunisés. La maîtrise de la transmission nosocomiale de la varicelle commence par une politique préventive bien organisée du personnel, basée sur le dépistage des anticorps spécifiques et l'application de mesures de prévention chez les personnels susceptibles. La prévention de la transmission de l'infection dans l'hôpital repose d'une part sur les mesures d'isolement strict des cas et des susceptibles, d'autre part sur le traitement prophylactique des personnes exposées à risque par les immunoglobulines, l'aciclovir et le vaccin. En France, il n'existe pas de politique définie de prévention de la varicelle nosocomiale. La mise à disposition d'un vaccin efficace et de molécules antivirales puissantes devrait inciter à élaborer des recommandations efficaces.